

UNIVERSITÉ LAURENTIENNE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ LAURENTIENNE COMME EXIGENCE
PARTIELLE DE LA MAÎTRISE EN SERVICE SOCIAL

PAR

SUZANNE MCMULLIN

RETOUR DE MISSION : ÉVALUATION DES BESOINS DES MILITAIRES
CANADIENS SOUFFRANT DE BSO.

AOÛT 2018

REMERCIEMENT

Notre cheminement pour accomplir ce mémoire est une expérience personnelle et unique d'un long processus qui n'aurait pu s'accomplir sans le support de certaines personnes :

Tout, d'abord, j'aimerais remercier le directeur de ce mémoire François Boudreau, qui m'a généreusement accompagnée à travers cette épopée, qui a toujours eu confiance en moi, pour sa disponibilité, sa compréhension et surtout son expertise. De plus, je tiens à remercier ma deuxième lectrice Julie Fournier pour ses encouragements tout au long de la réalisation de ce projet, sa disponibilité, sa patience, son professionnalisme et son expérience auprès des militaires canadiens ayant une blessure de stress opérationnel.

Je n'aurais pu accomplir ce mémoire sans le support de ma famille, un mille merci à mon mari Sébastien Guay et mes deux enfants Olivier et Alexandre Guay, sans vos encouragements, votre support, votre patience, votre amour, je n'aurais pu réaliser ce projet, surtout dans les moments les plus difficiles.

J'aimerais également remercier mon père Jacques McMullin et ma mère défunte Nicole McMullin, car ils ont toujours confiance en moi et m'ont donné le support nécessaire.

Une pensée pour ma famille militaire, cela fait plus de vingt-deux ans que je fais partie de cette grande famille et j'en suis fière. Ce mémoire est dédié à tous les militaires canadiens qui se sont battus, pour tous ceux qui se battent pour notre pays et à tous les frères d'armes tombés pour la défense des libertés qui sont les nôtres.

RÉSUMÉ

Depuis des milliers d'années, les hommes font la guerre; celle-ci s'est transformée selon les aléas techniques et politiques de l'évolution de la société. Aujourd'hui, les militaires canadiens participent à plusieurs missions, dans le cadre de ses diverses alliances et pour diverses raisons : maintien de la paix, protection du pays, des valeurs, etc. La guerre engendre des conséquences physiques importantes, mais il en est aussi d'ordre psychologiques. Ces conséquences psychologiques se nomment blessure de stress opérationnel (BSO). Notre recherche de type qualitatif consiste à identifier, du point de vue du service social et au-delà des services et programmes déjà mis en places par les Forces armées canadiennes (FAC), les besoins des militaires souffrant de blessure de stress opérationnel au retour de missions, ainsi que les besoins spécifiques des familles de ces militaires.

La population type de notre recherche est composée de militaires canadiens qui ont été déployés dans le cadre de missions étrangères et qui ont souffert ou qui souffrent d'une BSO. Notre échantillon est composé de neuf militaires; cinq hommes actifs, une femme active et trois vétérans, huit vivaient en couple, tous âgés de quarante à cinquante ans, tous bilingues et tous membres du rang (non commissionné). La collecte de données a procédé à partir d'entrevue semi-dirigée appelée aussi semi-structurée. Les données de cette recherche montrent qu'il y a plusieurs dimensions des programmes d'aide et de soutien qui doivent être améliorés de manière à permettre aux Forces armée canadienne de répondre plus adéquatement aux besoins spécifiques des militaires souffrants de BSO au retour d'une mission, ainsi qu'aux besoins de leurs familles, et ce, au-delà des améliorations que les FAC ont déjà apportés aux programmes lors de ces dernières années.

ABSTRACT

For thousands of years, men have been waging war; it has been transformed according to the technical and political hazards of the evolution of society. Today, the Canadian military is involved in a number of missions, as part of its various alliances and for various reasons: peacekeeping, protection of the country, values, and so on. War has important physical consequences, but it is also psychological. These psychological consequences are called Operational Stress Injury (OSI). Our qualitative research is to identify, from the perspective of social work service and beyond the services and programs already put in place by the Canadian Armed Forces (CAF), the needs of CF members suffering from operational stress injuries upon return from missions, as well as the specific needs of the families of these soldiers.

The typical population of our research is composed of Canadian military personnel deployed on foreign missions whom have suffered or are suffering from a OSI. Our sample is made up of nine soldiers; five active men, one active woman and three veterans, eight lived in couples (were in relationships), all aged between forty and fifty, all bilingual and all rank members (non-commissioned). The data collection is gathered from semi-structured interview as well as semi-guided. The evidence from this research shows that there are several dimensions of the aid and support programs that need to be improved in order to allow the Canadian Armed Forces to respond more adequately to the specific needs of military members suffering from OSI upon return from mission, and the needs of their families, beyond the improvements the CAF has already made to programs in recent years.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau méditation propre à chacune des modes de reproduction de la société.....	38
Tableau 2 Numéro des informateurs, nombre de missions accomplies et lieu de déploiement.....	94
Tableau 3 Numéro des informateurs, nombre de missions accomplies et lieu de déploiement.....	102

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma représentatif de l'approche écologique de Bronfenbrenner.....	62
Figure 2 : Modèle du continuum de la santé mentale militaire.....	67
La figure 3 : L'autoroute de déploiement -MDN/FAC.....	72
Figure 4 : Services de santé mentale à travers le Canada.....	75
Figure 5 : Les trois composantes des cliniques de santé mentale.....	78

Table des matières

REMERCIEMENT	1
RÉSUMÉ.....	2
ABSTRACT	3
LISTE DES TABLEAUX.....	4
LISTE DES FIGURES.....	5
INTRODUCTION.....	11
Objet de recherche.....	11
CHAPITRE 1	16
CADRE THÉORIQUE	16
1.1 Les modes de reproductions de la société	16
1.1.2 Mode de reproduction culturel-symbolique	17
1.1.3 L’escarmouche	18
1.2 Le mode de reproduction politique-institutionnel.....	20
1.2.1 Raison des guerres.....	23
1.2.2 Les techniques de guerre.....	25
1.2.3 L’effort de guerre	27
1.3 Le mode de reproduction décisionnel-opérationnel.....	28
1.3.1 L’effacement de la guerre de l’espace public et ses conséquences.....	36
CHAPITRE 2	39
RECENSION DES ÉCRITS	39
ET PRÉCISION CONCEPTUELLES	39
2.1 Situation actuelle des BSO.....	39
2.2 Pistes de recherche	43
2.3 But spécifique de la recherche	43
2.4 Impact du travail social	45
2.5 Les militaires canadiens	46
2.6 Les organisations dans lesquelles agissent les militaires canadiens	48

2.6.1 L'ONU.....	48
2.6.2 L'OTAN.....	50
2.7 Définition de certains concepts militaires.....	51
2.7.1 Théâtre d'opérations et sphère de combat.....	51
2.7.2 Blessure de stress opérationnel.....	52
2.7.3 La Famille.....	54
2.8 Théorie écologique du développement humain.....	58
CHAPITRE 3.....	63
LES PROGRAMMES DE SOINS DES FAC.....	63
3.1 Évaluation pré-déploiement.....	64
3.2 Programme de prévention.....	65
3.3 Programmes existants pour aider les militaires ayant une BSO et la famille.....	73
3.3.1 Centres de soutien pour trauma et stress opérationnel (CSTSO).....	73
3.3.2 Centres de santé des Forces armées canadiennes.....	75
3.3.3 Programme psychosocial.....	76
3.3.4 Programme de santé mentale.....	76
3.3.5 Soutien social en ce qui a trait aux blessures de stress opérationnel (SSBSO).....	79
3.3.6 Unité interarmées de soutien du personnel (UISP) et centres intégrés de soutien du personnel (CISP).....	81
3.3.7 Programme d'aide aux membres des Forces armées canadiennes (PAMFC).....	82
3.3.8 Énergiser les Forces (ELF).....	82
3.3.9 Service de l'aumônerie (Padre).....	83
3.3.10 Programme des services aux familles des militaires (PSFM).....	83
3.3.11 Les centres de ressources pour les familles des militaires (CRFM).....	84
3.3.12 La ligne d'information pour les familles (LIF).....	87
3.3.13 Centres de soutien au déploiement (CSD).....	87
3.3.14 Forcodelafamille.ca.....	88
Conclusion.....	88

CHAPITRE 4	90
MÉTHODOLOGIE.....	90
4.1 L'approche qualitative	91
4.2 La méthode d'échantillonnage et la constitution d'échantillons	92
4.3 La collecte des données.....	96
4.4 L'analyse des données.....	99
CHAPITRE 5	101
RÉSULTATS DES DONNÉES	101
5.1 Le pré-déploiement	103
5.2 Le déploiement.....	106
5.3 Le post-déploiement avec l'armée	109
5.3.1 <i>Le retour de mission</i>	109
5.3.2 La BSO et ses symptômes.....	114
CHAPITRE 6	138
SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	138
6.1 De la théorie écologique et ses cinq sous-systèmes aux recommandations.....	138
6.1.1 L'ontosystème	138
6.1.2 Le microsystème	141
6.1.3 L'exosystème	145
6.1.4 Mésosystème	149
6.1.5 Macrosystème	151
Conclusion.....	153
ANNEXES	155
Annexe A	155
Programme En route vers la préparation mentale (RVPM)	155
Aperçu de la formation pour la phase 1 – Enseignement.....	155
Module 1 : La santé mentale et le déploiement.....	155
Module 2 : L'endurance psychologique et le cerveau	155

Module 3 : Les quatre grandes stratégies	156
Module 4 : Préparation psychologique	157
Module 5 : Valeurs, croyances et sens	158
Module 6 : Considérations familiales	158
Module 7 : Premiers soins en santé mentale : pour soi-même et pour les pairs	159
Module 8 : Premiers soins en santé mentale : pour les leaders	160
Module 9 : Application pratique	160
Aperçu de la formation pour la phase 3 - Module familial	161
Objectifs généraux	161
Module 1 : La santé mentale et le déploiement.....	161
Module 2 : Outil pour créer un état d'esprit sain	162
Module 3 : Offrir du soutien aux enfants	163
Module 4 : Communication	163
Module 5 : Stratégies préventives	164
Aperçu de la formation pour la phase 4 - Décompression dans un lieu tiers.....	165
Jour 1 - Santé mentale, déploiement et réintégration	165
Jour 2 - Gestion du stress, obstacles aux soins et ressources	166
Aperçu de la formation pour la phase 5 - Décompression à la maison.....	167
Module 1 : Décompression à la maison	167
Module 2 : La transition postdéploiement	168
Module 3 : Compétences de transition et de réintégration.....	168
Module 4 : Soins auto-administrés et résilience	168
Module 5 : Ressources	168
Annexe B.....	170
Aide-mémoire du leader (phase 2 du RVPM).....	170
Annexe C.....	183
Workshop plan Template	183
Annexe D	185

Canevas d’entrevues.....	185
Annexe E.....	187
Formulaire de consentement et d’information	187
Annexe F	191
Liste de ressources	191
BIBLIOGRAPHIE	193

INTRODUCTION

Le thème de cette recherche consiste à identifier, du point de vue du service social, les besoins des militaires canadiens souffrant de blessure de stress opérationnel (BSO) au retour de missions. La BSO auprès des militaires canadiens, ainsi que les soins qui sont nécessaires à leur traitement, demeure d'actualité en 2018. En effet, la compréhension de l'État, de ses institutions, de la population en général, de même que celle des militaires sur la question des services de soutiens offerts aux militaires souffrant de BSO n'est pas identique, elle dépend de la position à partir de laquelle on la considère.

Dans ce premier chapitre, nous allons développer la problématique rencontrée avec et autour de la BSO. Pour ce faire, nous allons tout d'abord circonscrire notre objet de recherche. Ensuite, nous allons procéder à un bref historique de l'évolution des guerres à travers l'évolution de la société, de manière à mieux saisir l'évolution de cette pratique et de ses impacts en ce XXI^e siècle. Nous procéderons à une recension des écrits, pour déboucher sur la question de recherche précise ainsi que sur les constats qui s'imposent quant au traitement d'une BSO. Nous allons conclure sur les implications pour le travail social.

Objet de recherche

L'objet de la recherche peut s'énoncer le plus simplement comme étant l'état des services offerts aux militaires canadiens souffrant de BSO, suite à leur implication dans un conflit armé au nom du Canada.

Au fil du temps, les pratiques de guerre se sont transformées selon l'évolution de la société : la guerre que l'on connaît en 2018 n'est pas la même que la Deuxième Guerre mondiale, encore moins celle du temps de nos ancêtres. La guerre existe comme résultat

d'une résolution violente d'un conflit et une guerre trouve toujours à être rationalisée comme moyen légitime ou de dernier recours. Mais l'est-elle vraiment? La guerre est un phénomène de destruction volontaire tant sur le plan économique que sur le plan humain. Parmi les raisons évoquées pour faire la guerre, Ulrich Von Hutten écrit en 1518 : « La guerre est nécessaire afin que la jeunesse sorte et que la population diminue. » (Bouthoul, 1962, p.127). Il écrit, à tort, que c'est ainsi que doivent être socialisés les garçons, sans même réfléchir aux souffrances que la guerre inflige aux combattants et aux populations. Suffise-il de dire, après cet exemple, que cette manière violente de résoudre les conflits entre groupes humains semblait avoir indéniablement été dépassée. La guerre n'est jamais bonne et ce peu importe la raison, le type de guerre ou l'époque de la guerre. Depuis Hiroshima et Nagasaki, la conscience humaine a compris que la guerre n'est plus une solution pour l'humanité. Mais, restent les intérêts plus localisés et l'hubris d'individus et de groupes particuliers.

La guerre n'est pas une lutte entre deux espèces, comme le lion ou le chat chassant la gazelle ou la souris pour se nourrir. La guerre des humains oppose des groupes d'individus de la même espèce, dirigée par des institutions en vue de finalités particulières, ou d'intérêts calculés. Par exemple, pour accéder à des ressources particulières, pour la conquête d'un territoire, pour le contrôle d'un passage, le renversement d'un adversaire, etc. Nous ne pouvons omettre de dire que la guerre génère beaucoup de conséquences négatives, tant physiques que psychologiques. « [...] C'est l'horreur persistante des souvenirs de la génération qui l'a vécue. » (Bouthoul, 1962 p. 185) Cette horreur de la guerre est bien ce qui reste de la pratique de guerre, c'est le principal souvenir de tous celles et ceux qui ont vécu la guerre. La destruction de la nature, de ses habitats et des espèces qui y habitent, des villes, de ses patrimoines, des sociétés et de ses civilisations, la destruction des Hommes aussi, des soldats, de leurs familles et tout ce qui constitue l'environnement proprement humain, c'est-à-dire les communautés, le travail, les relations sociales, etc. La guerre imprègne les Hommes de

souvenirs d'horreur indélébiles, puissants et dérangeants. Ces marqueurs de souvenirs sont aussi très souvent ce en quoi consistent les blessures de stress opérationnels.

On peut donc admettre que les BSO accompagnent les effets et conséquences de la guerre : la guerre engendre une plus grande diversité et une plus grande intensité des manifestations de certains événements, par exemple le nombre des viols en temps guerres plus importants qu'en temps normal, la torture d'enfants sous les yeux de leurs parents, voire aussi sous ceux de l'ennemi, etc. On peut également supposer que le nombre de BSO s'accroît lorsque les escarmouches se transforment en guerre et lorsque s'accroît l'efficacité destructrice des armes et de la sophistication des techniques de la guerre.

Les connaissances autour du phénomène des BSO se sont largement développées depuis un siècle. Comme le rappelle le lieutenant-général David Millar, chef du personnel militaire « Il y a cent ans, au moment où la Première Guerre mondiale (1914-1918) faisait rage en Europe, on a inventé le terme 'traumatisme dû au bombardement' pour décrire le stress lié au combat que vivaient les soldats sur-le-champ de bataille » (Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense Sous-comité des anciens combattants, 2015 p.6). Mais l'État et ses institutions répondent mieux au problème depuis que le Général Roméo-Dallaire a fait campagne pour attirer l'opinion publique sur la souffrance post-traumatique des soldats canadiens au retour de mission dans les années 1990.

La révélation par le général Dallaire en 1997 du trouble de stress post-traumatique dont il souffrait à la suite de sa mission au Rwanda a ouvert la voie à la déstigmatisation de ce stress opérationnel qui peut être fatal chez les anciens combattants et les premiers intervenants. Bien que cela ait entraîné sa libération des Forces armées canadiennes pour des raisons médicales en 2000, le général Dallaire a consacré des décennies de leadership passionné à la défense de cette cause au nom d'autres anciens combattants qui souffrent du TSPT¹, notamment en publiant ses mémoires,

¹ Le général Roméo Dallaire a mis l'accent sur le trouble du stress post-traumatique (TSPT), maintenant on parle de BSO. Il ne faut pas confondre le TSPT avec la BSO, car la BSO englobe plusieurs autres

Premières lueurs : mon combat contre le trouble de stress post-traumatique, qui ont connu un succès retentissant. (Lieutenant-général Roméo Dallaire, 2017)

On pourrait supposer que ces problèmes sont mieux connus aujourd'hui de la population du Canada. Mais on peut également supposer que cette connaissance demeure abstraite. La population canadienne est très loin du théâtre des opérations, l'effort de guerre du Canada demeure le plus souvent absent des nouvelles, de l'espace public en général, et donc aussi de la réalité quotidienne des Canadiens, sinon que dans une abstraction confuse et mythique comptant parmi les responsabilités internationales du Canada. Les soldats canadiens sont relativement peu nombreux, ils n'ont pas de poids politique ou social véritable. Bref, le fait que les soldats du Canada soient en mission continue depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale échappe généralement à la population. Les effets de la guerre sur les soldats demeurent donc aussi inconnus de la population. Il n'est donc pas surprenant que les mesures prises par l'État pour soigner ses soldats souffrant de BSO demeurent aussi méconnues de la population. Cela se comprend, et cela explique peut-être aussi en partie pourquoi il est si compliqué à répondre exhaustivement au problème des BSO qui affectent les soldats.

Avant d'élaborer davantage sur l'objet de recherche, nous allons brosser un bref tableau historique, ou typologie des guerres, afin de souligner le lien entre le développement des guerres et le développement de la société. Cela nous permettra également d'avoir une meilleure idée de ce que vivent les militaires selon les types de guerres et aussi, peut-être, une meilleure idée des conséquences psychologiques que la guerre génère. Ainsi, nous allons retracer brièvement l'évolution des conflits, des guerres, des techniques et des raisons, selon les époques et les modes de reproduction de la société. L'évolution des conflits guerriers procède donc selon l'évolution de la société. Nous allons nous inspirer de la typologie des modes de reproduction de la société décrite par le sociologue Michel Freitag.

problèmes psychologiques reliés aux conséquences de la guerre, telle que le TSPT. Ce point sera clarifié plus loin dans le texte.

CHAPITRE 1

CADRE THÉORIQUE

1.1 Les modes de reproductions de la société

Un mode de reproduction, selon Michel Freitag, désigne :

La cohérence d'ensemble d'une modalité formelle de régulation de l'action, qui assure en même temps l'intégration des pratiques sociales en une structure d'ensemble à l'intérieur de laquelle elles sont en « réciprocité formelle », et la reproduction globale de cette structure à travers l'accomplissement « discret » des actions particulières (Freitag, 1998, p. 92).

Il faut ainsi comprendre que l'Homme n'a pas toujours agi tel qu'on le connaît aujourd'hui. L'Homme existe depuis au moins deux millions d'années, durant toutes ces années l'Homme a évolué dans son action, dans son agir et dans le sens qu'il donne à ses actions. C'est l'Homme qui construit son rapport au monde par ses actions ; c'est lui qui prend des décisions, qui développe la société, par l'imposition de normes, qui s'accumule dans la culture et qui caractérise les époques. L'Homme construit son monde à partir de ses conditions contingentes. La première construction correspond à ce qui distingue l'Homme de son animalité, représenté par l'accumulation des symboles, c'est-à-dire comme unité de sens, dans la culture. La transformation de son action sur le monde peut être caractérisée selon les modalités fondamentales de reproduction de la vie et ce sont des médiations qui, chacune, donnent un niveau de prise sur le monde. Ainsi, selon Freitag, ces modalités de reproduction peuvent-être périodisées en mode de reproduction, voici une brève description de chacune de ces modes.

1.1.2 Mode de reproduction culturel-symbolique

L'Homme est d'abord animal. Il prend contact avec le monde à partir de ses sens. Il entend, voit, sent, a faim, à froid, etc. Mais, il y a à peu près de deux millions d'années, l'animal nature se transforme progressivement en être de culture et ajoute ainsi à son rapport à la nature une médiation d'un ordre différent. Il développe sa culture. « C'est pendant cette période que l'Homme forge la culture et qu'il se dégage de sa « condition animale » pour se distinguer de manière originale de tous les autres animaux et « devenir Homme », sans toutefois cesser d'« être animal. » (Boudreau, 2010, p.3) L'instinct est progressivement remplacé par la médiation symbolique accumulée et ordonnée en une structure de sens. Ainsi, l'évolution de l'espèce humaine commence par le premier mode de reproduction dit culturel-symbolique (Freitag, 1988, p.79-158)

Ce premier mode de reproduction est la plus longue période de l'existence humaine, plus de 95% de l'existence collective de l'Homme. Ce mode de reproduction caractérise les sociétés primitives, et se définit par la négative : il n'y a pas d'État, pas d'institution et pas d'armée. C'est dans le mode de reproduction culturel-symbolique que l'Homme organise sa communauté et ses rapports sociaux. Le monde humain s'organise par la culture : les pratiques sociales s'étayent sur un fond symbolique qui donne sens aux pratiques sociales. Ce qui permet à l'Homme de sortir de son animalité, la culture, se définit précisément comme étant la capacité qu'a cet animal à développer et à maintenir présent à l'esprit ce qui n'est pas précisément là, ici et maintenant, comme dans les expressions « demain j'irai chasser » ou « j'irai venger ma sœur à la prochaine lune ». Le symbolique c'est le maintien du sens complet d'une chose ou d'un acte dans le temps, en l'absence de la chose. « Demain le soleil », pour ne prendre que cet exemple, n'est compréhensible que par le cerveau humain. Dans ce long processus de développement de l'humanité, ce qui devient clef, c'est la transmission intergénérationnelle du contenu symbolique d'un groupe humain particulier et le maintien de cet ordre symbolique, qui devient « reproduction du même ». C'est cette manière de faire « reproduite » qui devient la culture du groupe, c'est-à-dire la manière

de faire de ce groupe, dont on fixe l'origine dans l'ancêtre. Tout ici est alors primitif, c'est-à-dire embryonnaire, on fonde la manière de faire les choses et c'est à partir de là que se développeront les pratiques, qu'elles se raffineront, etc. Bref, c'est par la culture et le symbolique que la communauté développe et conserve un sens et un ordre à la vie. Pour notre propos spécifique et pour caractériser notre objet, il faut mentionner qu'à ce moment, la guerre n'existe pas. Fidèle à ce moment archaïque, la forme conflictuelle des rapports humains prend l'allure des escarmouches.

1.1.3 L'escarmouche

Les escarmouches opposent des individus, des familles, ou des clans, armés de tout ce qui peut servir à accroître ou à étendre la force d'un bras, mais non soumis à une structure politique ou militaire, dans l'intérêt supérieur d'une structure sociale. Les populations qui ne connaissent pas ce type d'intérêts défendus par des institutions ne pratiquent pas la guerre, mais l'escarmouche. En effet, les anthropologues mentionnent que les peuples primitifs, plus spécifiquement les hommes de la deuxième phase de la reproduction culturelle symbolique selon la typologie, ne pratiquaient pas la guerre proprement dite. Les conflits prenaient la forme d'escarmouches, c'est-à-dire de courts combats localisés, plus ou moins spontanés et improvisés. Les anthropologues spécifient que les squelettes retrouvés de ces temps ne portaient pas de traces de fractures ou autres lésions osseuses qui sont caractéristiques dans les corps des hommes blessés dans les batailles ou tués aux combats. (Bouthoul, 1962).

Lorsque l'on parle d'escarmouches, on y retrouve une dimension fondamentale : les peuples primitifs avaient des règles dominantes, ils ne tuaient pas les personnes pour le plaisir, ils avaient des valeurs, des raisons qui conduisaient à la mort d'une personne. Par exemple, Trigger (1991) raconte qu'au moment où un guerrier Huron capturait un ennemi, il devait s'assurer que l'ennemi rendait l'âme en plein air et au lever du jour, car tuer l'ennemi captif n'était pas seulement un acte de vengeance par le sang, mais un sacrifice offert au soleil. Il faut souligner que les actes de vengeance et de meurtres

auprès de ces peuples consistaient à atténuer la peine des proches et de pouvoir racheter la faute par l'offrande de cadeaux à la famille du défunt². De plus, les escarmouches servaient de moyens pour acquérir du prestige pour les jeunes guerriers. Ces jeunes employaient le combat pour se prouver et prouver aux autres leur bravoure. La mort au combat n'était qu'une des conséquences possibles de ce processus et elle n'était pas, et de très loin, la pire manière de mourir. La bravoure des jeunes guerriers suscitait le respect des aînées et assurait un rôle important dans les affaires du village (Trigger, 1991, p.51).

Ainsi, pour les populations iroquoiennes, les escarmouches étaient un moyen d'atteindre certains idéaux spirituels, et ce, plus particulièrement dans les activités et conceptions entourant la mort, puisque ce peuple accordait une immense importance au fait de savoir mourir. Les expéditions guerrières servaient généralement à enlever une personne appartenant à un autre groupe, de manière à remplacer un frère mort ou une sœur morte, mais essentielle au fonctionnement du groupe. Ces expéditions étaient composées de 4 à 50 guerriers et leur participation était volontaire. Les personnes qui restaient au camp de base savaient que les guerriers étaient partis et qu'il y avait une chance qu'ils ne reviendraient jamais.

Ce bref survol des escarmouches nous amène à concevoir que pour les peuples primitifs, les escarmouches n'étaient pas prises toutes pour les mêmes causes et n'avaient pas comme but d'éliminer un peuple ou d'assurer sa soumission, ni même de conquérir des territoires comme ce sera le cas avec la guerre. Bien que certainement traumatisantes, les escarmouches ne sont peut-être pas considérées comme produisant des BSO à grande échelle, mais comment savoir? Les archéologues peuvent nous confirmer de quelle manière la personne est morte, l'âge qu'elle avait lors de sa mort, ils sont aussi aptes à décrire le rituel qui conduisait à la mort, mais ils ne peuvent

² Et nous pouvons « sentir » ici la dimension anthropomorphe des divinités qui apparaissent progressivement à cette époque partout dans le monde et qui sont toutes marquées par cette idée centrale du rachat d'une faute lié à une lumière, éclairant d'abord les espaces, ensuite la conscience.

déterminer si la personne souffrait d'une BSO lors de sa mort. On peut tout de même supposer que de voir son enfant ou son partenaire se faire tuer peut être à la source d'une blessure psychologique quelconque.

1.2 Le mode de reproduction politique-institutionnel

Dans l'exposition du mode de reproduction culturel-symbolique, il a été mentionné que l'Homme s'est distingué de l'animal par sa capacité à habiter le symbolisme et d'accumuler dans la culture ce sens convié aux choses, pratiques, rapports, etc., même en leur absence. Mais, depuis environ 8 000 à 12 000 ans, la sédentarisation et le développement de l'agriculture ont entraîné d'importants changements des conditions de la production matérielle et de la production de sens. À mesure que l'Homme se dissocie de la nature pour approfondir son lien à la culture, il approfondit et complexifie son appartenance symbolique au monde. Son action n'est plus celle qui consiste à cueillir le fruit dans l'arbre ou à chasser l'animal lorsqu'il a faim, mais devient celle qui consiste à cultiver la nourriture sous forme de céréales pour la survie de la collectivité. Ce changement de conditions dans les exigences de la reproduction de la société fait en sorte que l'Homme développe une nouvelle identité dans son rapport au monde. En effet, la cueillette des céréales impose un nouveau rapport au temps, qui consiste à gérer la pousse et la distribution de la nourriture sur une base annuelle. L'Homme se doit donc également de créer des conditions symboliques correspondantes, d'où l'institution, qui lui permet d'agir sur la société à partir d'une légitimité externe à la pratique immanente ou immédiate. Ainsi le deuxième mode de reproduction se caractérise par une symbolisation de second niveau sur la reproduction de la société en imposant une structure de domination sur certaines pratiques sociales au nom d'une légitimité supérieure, externe, qui prend la forme de la religion. La religion elle-même sera élaborée à partir de la codification généralisée d'un ensemble de code symbolique qui régissait la communauté primitive.

Le deuxième mode de reproduction, dit politique-institutionnel, se caractérise par la création d'un pouvoir qui a la capacité de transposer les normes culturelles en lois, en prévoyant un mécanisme de sanction devant faire respecter ces lois. C'est ainsi que l'objectivation symbolique passe à un second niveau de codification, où c'est la totalité de la pratique spécifique qui est objectivée et sur lequel il est alors possible d'agir. Ainsi, ce mode de reproduction se définit par la présence d'un État et du politique qui agissent en tant qu'institution pour tracer les balises des nouvelles pratiques sociales de la société. Ce pouvoir politique assure l'ordre et le sens de la nouvelle société en transposant les normes de la vie collective en lois, trouve en la religion, la sanction au nom d'un dieu, la légitimité de faire respecter les lois.

Ce mode de reproduction est divisé en deux cycles. Le premier, celui de la société traditionnelle, est celui où l'Église est le fondement de légitimité qui dicte aux Hommes les pratiques sociales. « L'idéologie de légitimation n'est pas conçue ou comprise comme étant humaine, elle fait toujours appel aux dieux et aux autres puissances. » (Boudreau, 2010 p.1). Pendant des millénaires, on se bat au nom des dieux et des rois, comme en font foi les Croisades, la Guerre de 100 ans, la guerre de Sept Ans.

C'est au XVI^e siècle que débuta le deuxième cycle de la reproduction politique-institutionnelle, celui de la société moderne où l'État se sépara de l'Église. La société prit alors conscience que c'est elle-même qui avait la capacité d'institutionnalisation, qu'elle n'était pas de nature divine, mais qu'elle était véritablement une réalité humaine. Bref, on assiste alors au passage d'une normativité divine particulariste contrôlée par l'Église à une normativité rationnelle à prétention universaliste contrôlée par la raison de l'État. À partir de ce moment, les guerres se font au nom de la Raison et des grands principes universels de liberté contre les népotismes arbitraires ou totalitaires, telles que les guerres napoléoniennes ou la Deuxième Guerre mondiale. Les guerres qui demeurent fondées sur des intérêts se font quant à elles au nom de la Nation, comme ce fut le cas de

la Guerre franco-allemande de 1870, des multiples guerres africaines ou certaines guerres localisées de l'Europe de l'après-mur de Berlin.

Dans le mode de reproduction politique institutionnel, on ne parle donc plus d'escarmouches comme avec les peuples primitifs, mais bien de guerres. L'humanité passe progressivement de conflits à caractère particulier à des conflits à caractères universalistes. La guerre se développe ensuite progressivement sur une période de plus ou moins 12 000 ans, depuis l'établissement des sociétés instituées. Depuis lors, les individus agissent non en leur nom personnel, non au nom de leur famille ou de leur clan, mais au nom des dieux d'abord, d'un Dieu unique ensuite, en tant que soldats, qui actualisent des conflits entre sociétés, au nom de l'État et de la Nation.

Les guerres restent pour les historiens un point de repère chronologique le plus marquant. Ce sont souvent les guerres qui marquent les grands tournants des événements, parce que les guerres sont recensées, documentées, inscrites tant dans le tissu social que dans les monuments et parce que les guerres sont des rapports de forces qui débouchent sur des rapports sociaux transformés. C'est par la guerre que presque toutes les civilisations ont grandi et péri et c'est aussi la guerre qui a créé de nouvelles civilisations. Voici la définition de la guerre selon Carl Von Clausewitz :

La définition du concept moderne de guerre remonte à l'Europe du XVIII^e siècle et elle est demeurée inchangée au moins jusqu'à la fin du XIX^e siècle, au moment où la combinaison de la technologie et de l'industrialisation avec le processus de guerre a transformé la 'signification' de la guerre, ainsi que bon nombre de ses principales caractéristiques. Au cours du XVIII^e et d'une bonne partie du XIX^e siècle, on concevait la guerre comme une entreprise rationnelle permettant d'atteindre et de défendre les objectifs d'un État, objectifs qu'on ne pouvait atteindre par d'autres moyens, tels que la diplomatie. La guerre est la continuation de la politique par d'autres moyens. (Cité dans Holsti, 1990, p.706)

Par cette définition, on remarque que la guerre est un conflit institué, un conflit entre États, dans le cadre de puissance armée, soumis à la structure de pouvoir politique d'abord et militaire ensuite. Les militaires doivent se soumettre à plusieurs règles et

conventions lors de leur engagement dans l'armée. De plus, lors des guerres, les militaires ne font pas ce qu'ils veulent comme bon leur semble, il y a des règles et protocoles pour les manœuvres, les stratégies, lors d'un état de siège. C'est pourquoi nous pouvons dire que dans le mode de reproduction politique-institutionnel, la guerre est une institution, « L'histoire de la guerre c'est aussi l'histoire d'une institution pour contrôler la violence, l'organiser dans un conflit armé public et juste. » (Durieux, 2016, p.13)

Il importe maintenant d'effectuer un bref survol historique des techniques et des raisons qui ont engendré une guerre dans ce mode de reproduction, de manière à mieux comprendre l'impact de la guerre. Nous pouvons retenir les caractères typologiques suivants de la guerre instituée de la reproduction politique institutionnelle ; la guerre manuelle ; la guerre avec le fusil et la guerre mécanisée.

1.2.1 Raison des guerres

Avant de débiter de survol des raisons qui sous-tendent une guerre, il faut indiquer que ces raisons sont nombreuses et complexes. Par exemple, vouloir un territoire de chasse, un champ de pétrole, un marché, tout cela est, à la fin une guerre pour la conquête d'un territoire, mais qui sous-tend aussi une raison économique. Pour ce mémoire, on a donc catégorisé de manière simple les principales raisons pour une meilleure compréhension de l'historique de la guerre.

Lorsque l'Église dirigeait les Hommes des sociétés traditionnelles, la guerre avait un caractère sacré (Clastres, 1974), ce sont les prêtres et les féciaux qui étaient chargés des guerres. « Le déroulement des hostilités est mêlé de présages, de miracles, de prémonitions, de prières, et d'anathèmes » (Bouthoul, 1962, p.12). Les combats sont cadrés comme perspective terrestre d'une lutte opposant des divinités. Un peu plus tard, la guerre devient manifestation d'un jugement divin, c'est Dieu qui punit les pécheurs, qui commande les hommes à se battre en son nom ; on l'appelait la guerre sainte, « Mais sa caractéristique tient dans le type de légitimité qu'elle avance : elle peut prétendre que

Dieu lui-même la commande et la soutient ; ou alors elle en appelle à Dieu pour se légitimer. » (Delsol, 2009, p.550) Tant le christianisme que l'islam a sa forme de guerres saintes : la croisade et le jihad. De même, il y a eu et il y a encore des guerres opposant différentes légitimités religieuses au sein d'une même religion, telle par exemple, l'opposition entre le catholicisme et le protestantisme, entre le shiisme et le sunnisme, etc. et cela semble vrai pour l'ensemble des religions.

La légitimité morale de la guerre se dégage progressivement de son caractère sacré, pour s'engager progressivement vers la légitimité du droit et de la justice. La position dominante en Occident concerne la doctrine de la « guerre juste », qui remonte à la tradition chrétienne du haut moyen-âge avec St-Ambroise (330-397) et St-Augustin (354-430). Ces auteurs affirment que la guerre est juste si elle remplit certaines conditions. Cette position a été développée plus à fond au fil des siècles par d'autres penseurs chrétiens, en particulier St-Thomas d'Aquin et par Francisco Vitoria, qui affirme qu'elle est une partie intégrale du système moral chrétien, très particulièrement affirmée dans l'ensemble doctrinal de certaines Églises réformées, notamment des luthériens, des anglicans et des presbytériens. Plus récemment, au XX^e siècle, des centaines de livres ont été écrits sur différents aspects de la guerre juste.

L'aspect économique est à l'origine de plusieurs guerres, cela relève de l'évidence. Cependant, nous le rappelons, plusieurs motivations à la guerre se chevauchent souvent : vouloir un territoire de chasse, un champ de pétrole, un marché, tout cela est, à la fin, autant économique que conquête de territoire et volonté de domination. Le développement du capitalisme et de la mondialisation a radicalement transformé la problématique de la guerre. Celle-ci devient souvent un moteur économique important. « Un soldat, disait Hitler, coûte moins cher à nourrir qu'un chômeur ». (Bouthoul, 1962, 127). Au-delà de telles boutades, une guerre nécessite l'investissement économique massif dans plusieurs secteurs de l'économie. Sans compter qu'après la destruction, il faut reconstruire. Mais, l'ampleur de la guerre donnée par les capacités destructrices des

techniques contemporaines peut signifier que l'humanité doit envisager la possibilité de l'impossibilité de la guerre.

1.2.2 Les techniques de guerre

De l'Antiquité aux temps féodaux, la guerre se résumait à des variantes de combats de corps à corps. Ces batailles de corps à corps se déroulaient dans les champs des campagnes, où tout était ouvert, où tout le monde pouvait voir tout le monde. Les dirigeants employaient des combattants de tous les âges : de l'adolescence à un âge relativement avancé : « d'un côté, l'utilisation de tous les adultes mâles, depuis l'âge de quinze ou seize ans jusqu'au moment où leurs forces les abandonnent ». L'avantage allait généralement à celui qui disposait du plus grand nombre de combattants, des meilleurs hommes, des meilleures techniques et des meilleures armes. Voici quelques exemples décrits par Contamine (1980) et Bouthoul (1962) de techniques utilisées par les dirigeants pour gagner la guerre. Pour les Hoplites grecs, les fantassins rentraient en contact direct avec l'adversaire et ce, à courte distance avec leurs armes. Les barbares utilisaient une technique rudimentaire ; ils se rassemblaient dans un coin et se lançaient brusquement à l'assaut de l'ennemi pour pouvoir rompre leur dispositif d'un seul coup. Les armes employées pour ces combats se nommaient des armes de choc : les haches, les massues, les lances, les épées, les poignards, les baïonnettes, l'arbalète, etc. Ainsi, durant cette période les combattants se battaient de corps à corps, sans protection ou avec de la protection rudimentaire, en utilisant les armes de choc.

À partir du X^e siècle, les dirigeants ont élaboré des moyens précis de guerre pour attaquer et se défendre. Les chevaux ont été introduits pour la guerre par les seigneurs qui avaient les ressources pour entretenir l'animal. Ces seigneurs guerriers ont aussi développé l'armure pour se protéger. « Les temps féodaux furent aussi ceux où s'imposèrent un peu partout les cavaliers lourds, armés de la lance et de l'épée, protégées par le casque conique et le haubert de mailles ». (Contamine, 1980, p.84)

Ainsi, les guerriers à pied, les fantassins, perdirent progressivement leurs importances stratégiques et numériques à partir du XIV^e siècle.

Aux XIV^e et XV^e siècles avec le développement des savoirs scientifiques, il y a eu des changements au niveau de la puissance des armes, telle que l'invention du fusil et du canon à poudre. Les armes de choc ont progressivement laissé leur place aux armes de jet, mis à part l'arbalète et la flèche qui ont été utilisées jusqu'à ce qu'elles soient totalement supplantées par le fusil au XVII^e siècle. « Au cours du XV^e siècle, l'Artillerie prit de l'importance sur-le-champ de bataille, et ce pour au moins deux raisons. » (Courmont et Ribnikar, 2009, p. 63) Le développement de la métallurgie a encore radicalement transformé la stratégie guerrière, ainsi que ses conséquences pour les soldats. Le développement des armes à feu a fait de même, elles rendaient la tâche plus facile aux militaires, car elles étaient plus faciles à utiliser, plus légères et plus économiques, mais combien plus meurtrières aussi. Son usage se généralisa dans l'infanterie dès le début du XVI^e et dès le milieu du XVI^e siècle, l'arme à feu devint l'arme principale des armées et des guerres.

L'histoire de la guerre ne révèle pas seulement les différences d'armes dans chacune des époques que nous avons décrites, mais, également dans les procédés d'attaque. Nous avons vu qu'au Xe siècle les dirigeants commencèrent à changer leur procédé d'attaque, mais c'est à partir du XVI^e siècle qu'il y a une transformation remarquable à ce niveau. Au XVI^e siècle, un changement s'est fait au niveau de l'apprentissage de la guerre, les dirigeants implantaient des écoles militaires pour préparer les hommes à la guerre. Ainsi, les militaires se soumettaient à des exercices et à des entraînements, alors qu'auparavant l'apprentissage de la guerre se faisait directement sur le terrain de guerre.

Au XX^e siècle, les guerres prennent une autre tangente, tel qu'on peut remarquer dans les deux guerres mondiales où un des premiers objets est la saisie et le contrôle des réseaux de transports et des dépôts de pétrole. Les techniques de guerre changent encore, devenant plus stratégiques, plus étudiées, plus réfléchies, moins spontanées. Par

exemple, la manière de traverser un fleuve là où il n'y a pas de pont, ou la manière de saisir le contrôle d'une raffinerie de pétrole sans y mettre le feu. « Ainsi, le génie militaire prend une place importante dans la conduite des opérations, ceci concordant avec la définition même de la guerre. » (Courmont et Ribnikar, 2009, p.38). Si les militaires sont davantage capables de surmonter les obstacles à partir des capacités scientifiques et techniques, il faut tout de même noter une régression au niveau des attitudes face à la vie humaine, car la morale et le code chevaleresque tendent souvent à disparaître. Auparavant un code chevaleresque protégeait les femmes et les enfants, les civils en général demeuraient des cibles interdites. Mais, par exemple, en 1945 lors de la prise de Berlin 120 000 civils ont perdu la vie. (Courmont et Ribnikar, 2009, p.191). Les exemples se multiplient depuis.

1.2.3 L'effort de guerre

Lors de la Première et de la Deuxième Guerre mondiale, ce n'était pas seulement les militaires qui étaient en guerre, mais toute la population et, pour ainsi dire, toute la civilisation. Sur le théâtre des opérations, en Europe, la situation était claire : la guerre avait lieu « ici ». Mais en Amérique, alors que des dizaines de milliers de soldats combattaient outre-mer, la population était contrainte à l'effort de guerre « là-bas ». Ce qu'on entend par effort de guerre est la mobilisation sociale et industrielle visant à subvenir aux besoins militaires d'un État. Par conséquent, durant ces guerres la population générale avait des règlements à suivre ; il y avait moins de liberté, un rationnement généralisé de l'électricité, du pétrole et des vivres. L'État a même déployé de grands efforts de récupération, toutes les matières qui pouvaient être réutilisées à des fins militaires étaient récupérées. De plus, tous les hommes en santé de 18 ans et plus devaient s'enrôler pour la guerre. Dans la plupart des familles, il avait au moins un homme « parti à la guerre ». « En juin 1940, le gouvernement canadien vote la Loi sur la mobilisation des ressources nationales, qui rend l'enrôlement des hommes célibataires de 18 à 45 ans obligatoires dans le pays et volontaire outre-mer. » (Radio Canada, 2017) Au niveau industriel, les femmes ont été recrutées pour travailler dans des usines : des

usines d'armes, de munitions, de chars d'assauts, d'avions, de camions, de fabrication de vêtements, de parachutes et tout autre matériel nécessaire pour la poursuite de la guerre. Plusieurs femmes sont déployées en théâtre de guerre pour se consacrer aux soins médicaux aux victimes civiles ou militaires. « Quand le fédéral décide de faire contribuer chaque citoyen à l'entreprise de guerre, il compte sur les 2 285 370 femmes enregistrées comme ménagères pour l'aider. » (Radio Canada, 2017) Au niveau financier, le gouvernement a adopté une série de mesures dont l'émission d'obligations d'épargne appelées « Bons de la Victoire » et plusieurs campagnes de financement, pour financer ces guerres excessivement coûteuses. En plus de tous ces efforts de guerre, l'opinion publique (radio et journaux) était saturée d'informations sur le déroulement de toutes les dimensions de la guerre. Sans compter les slogans dans les rues, les films de propagande et les discours politiques.

Ainsi, le monde était conscient de l'impact de la guerre, des atrocités que cela générait. La population était informée de ce qui se passait et tout un chacun contribuait à vaincre l'ennemi en faisant des sacrifices, dont celui de laisser partir leurs proches en étant conscient qu'ils pouvaient ne pas revenir. « La Seconde Guerre mondiale mobilise la totalité des ressources du pays. Hommes, femmes, jeunes et vieux, l'effort de guerre doit venir de tous, car les besoins sont pratiquement infinis » (Radio Canada, 2017). La Deuxième Guerre mondiale s'est terminée dans un fracas technologique effrayant, la bombe atomique utilisée deux fois sur des populations humaines, qui annonçait l'ouverture d'une ère nouvelle... enfin, c'était l'espoir.

1.3 Le mode de reproduction décisionnel-opérationnel.

À partir de la fin de Deuxième Guerre mondiale, principalement sous l'influence des grandes organisations, tant les grandes corporations capitalistes que les alliances entre elles et certaines institutions, en particulier l'armée, la société se transforme en système. L'individualisme exacerbé qui accompagne la transformation de la société en système participe au décrochage de la société de l'individu. C'est ce système, qu'il

nomme « complexe militaro-industriel », que dénonce le président américain Dwight D. Eisenhower dans son discours de fin de mandat, le 17 janvier 1961.

Dans les assemblées du gouvernement, nous devons donc nous garder de toute influence injustifiée, qu'elle ait ou non été sollicitée, exercée par le complexe militaro-industriel. Le risque potentiel d'une désastreuse ascension d'un pouvoir illégitime existe et persistera. Nous ne devons jamais laisser le poids de cette combinaison mettre en danger nos libertés et nos processus démocratiques. Nous ne devrions jamais rien prendre pour argent comptant. Seule une communauté de citoyens prompts à la réaction et bien informés pourra imposer un véritable entrelacement de l'énorme machinerie industrielle et militaire de la défense avec nos méthodes et nos buts pacifiques, de telle sorte que sécurité et liberté puissent prospérer ensemble. (Eisenhower, cité dans Wikipédia, 2017)

Ainsi, le mode de reproduction décisionnel-opérationnel désigne la forme de société qui, sous l'influence déterminante de l'alliance des corporations, se développe à partir du mode de reproduction politique-institutionnel. La reproduction décisionnelle-opérationnelle ne répond plus à la rationalité moderne, elle répond à la seule nécessité de croissance économique et à sa reproduction, ce pour quoi elle est également désignée comme société postmoderne, car elle n'est plus logique, elle est systémique. Freitag désigne ainsi ce nouveau type de société pour souligner que la société a dépassé le cadre normatif de la société moderne, mais sans assumer ce dépassement. La nouvelle société est non seulement systémique et très largement technicisée, mais également, de manière paradoxale, très radicalement individualiste. L'individu se détache de la collectivité au sens où il perd de vue les impératifs globalisant de la vie collective. L'individu agit et se représente comme autonomie indépendante pour sa propre satisfaction. On parle ici d'opérationnalisation du libre abrite pour satisfaire ses propres besoins. L'action commune ou collective occupe désormais une place seconde aux préoccupations individuelles. Les modalités d'action sur le monde prennent la forme d'une pluralité de systèmes d'action opérant en parallèle sur les pratiques significatives. C'est ainsi que le pays peut être en guerre sans que la population générale en ait réellement conscience au quotidien. Dans ce mode de reproduction, l'individu n'appartient plus à un sens ou à une

réalité collective, l'individu ne partage plus les normes qui guident la collectivité. À la limite, il n'a plus de valeur, plus de reconnaissance envers la vie, plus de solidarité envers l'*Autre*. « La déstructuration de l'État et de la socialité [...] insiste sur un large retrait de l'État pour laisser la place à l'entreprise privée, va à l'encontre d'une conception humaine de la vie en société. » (Boudreau, 2013, p.65)

Avec cette transformation de la société, on y remarque aussi une transformation au niveau de la guerre. On ne peut plus parler de guerre au sens que l'avait définie Clausewitz. « [...] un grand nombre de conflits à travers le monde ont revêtu la forme de guérillas que l'on nomme aussi, guerre populaire, guerre révolutionnaire ou de partisans, guerre de libération nationale, bien qu'elles présentent entre elles des différences sensibles. » (Noyer, 1990, p.293) Avec l'arrivée de la technologie, de l'informatique et des armes de destructions massives, on parle à nouveau de guérillas, mais de techno-guérillas cette fois, de guerre invisible, comme celles menées par des drones contrôlés à très grande distance, qui filment leur cible et larguent leurs bombes de très haut, dirigées sur leur cible par des lasers et des systèmes GPS directement branchés aux satellites. Les militaires ne se battent plus contre une armée adverse, de mêmes types, mais engagent des combats réalisés par de petits groupes spécialisés, menant une guerre de harcèlement, d'embuscades de sabotages et de coups de main, contre une armée similaire en le déstabilisant par des confrontations peu intenses, mais de longues durées et par des effets de surprise.

Depuis son origine, la guerre est passée de guerre symétrique à la guerre dissymétrique pour aboutir à la guerre asymétrique. Une guerre symétrique oppose des belligérants identifiés (militaires), disposant d'armes équivalentes, dans un espace et un temps défini et poursuivant des objectifs de même nature, c'est-à-dire la supériorité immédiate sur l'autre. La guerre dissymétrique oppose des belligérants identifiés (militaire), dans un espace et un temps défini, mais de force inégale, c'est-à-dire, par l'un des combattants d'une supériorité qualitative ou quantitative. Une guerre

asymétrique est tout le contraire de la guerre symétrique, elle oppose des combattants matériellement différents, elle implique l'utilisation à la fois « de forces non prévues à cet effet [...], d'armes contre lesquels les moyens de défense ne sont pas toujours adaptés [...], de méthodes qui refusent la guerre conventionnelle [...] et de l'effet de surprise » (Courmont et Ribnikar, 2009, p.41). Cette guerre exploite des faiblesses de l'adversaire et englobe notamment le terrorisme ou la guérilla.

La dissymétrie est la recherche, par l'un des belligérants, de la supériorité, de l'avantage décisif, que ce soit qualitativement ou quantitativement. Parce qu'elle demande des moyens importants, la dissymétrie est une stratégie qui est normalement réservée aux États. L'asymétrie, quant à elle, « consiste à refuser les règles du combat imposées par l'adversaire, rendant ainsi toutes les opérations imprévisibles (Courmont et Ribnikar, 2009, p.41).

Les bombes atomiques de 1945 pour la première fois, mais aussi les attentats du 11 septembre 2001 sont des exemples de la guerre asymétrique. Avec la bombe atomique, c'est à la fois le changement dans l'armement et le changement du sens de la guerre qui est en jeu : nous ne sommes plus dans le cadre de l'usage du fusil, du canon ou de la grenade qui tuent quelques personnes, mais contre lesquels il existe un moyen de se protéger, nous sommes maintenant dans le domaine apocalyptique de la destruction totale de populations entières et de menace réelle pour la vie sur la planète : il n'y a aucune défense contre la bombe atomique. Ces armes se font appeler les 'armes de destruction massive', elles ne sont plus 'conventionnelles'. « Les armes de destruction massive sont des armes conçues pour tuer une grande quantité de personnes, en visant aussi bien les civils que les militaires » (Academic, 2018), elles ne visent pas un objectif précis ou particulier, mais elle vise la destruction sur de très vastes étendues, avec des effets dévastateurs sur les personnes, l'infrastructure et l'environnement. « Les armes nucléaires sont les armes les plus dangereuses qui existent. Une seule d'entre elles peut détruire une ville entière, faire des millions de morts et mettre en péril l'environnement naturel et la vie des futures générations du fait de ses conséquences catastrophiques sur le long terme » (Bureau des affaires de désarmement des Nations Unies). On retrouve dans

cette catégorie d'armes de destruction massive les armes nucléaires, mais aussi les armes biologiques et les armes chimiques. Dans le cas des armes chimiques, elles peuvent être utilisées pour nuire au transport ; « on trouve des acides capables de dissoudre la gomme (les pneus), et donc de paralyser totalement le transport dans un pays » (Courmont et Ribnikar, 2009, p.189).

À partir du moment où la combinaison de la technologie et de l'industrie est réalisée, les résultats ont transformé le sens de la guerre, ainsi que bon nombre de ses principales caractéristiques. Avec l'arrivée de la technologie et de l'informatique est apparue la guerre de l'information ou l'information *Warfare*. En fait, cela a toujours existé depuis l'institutionnalisation moderne : c'est de la propagande. Les guerres modernes, comme la Deuxième Guerre mondiale et même encore la Guerre froide, qui est une guerre totale sans l'affrontement final, utilisaient la technologie à des fins de propagande. Cependant, aujourd'hui, la propagande est à l'image du mode de reproduction décisionnel-opérationnel. Elle est mondiale, sa technologie est sans frontière et généralement anonyme. Elle prend les formes de toutes les nouvelles technologies, y compris rassemblées sous la forme des « médias sociaux ». Il est ainsi possible de parler de cyber propagande. Plus même, nous en sommes à l'ère des attaques ou de la guerre informatique, qui consiste à pénétrer les systèmes informatiques adverses pour les saboter ou pour les manipuler. Ce dernier usage de l'informatique est sous le nom de piratage informatique, et cette forme de guerre prend de l'importance au fur et à mesure que le monde développe sa dépendance à l'informatique. En effet, « de plus en plus fréquemment, les grandes institutions américaines subissent quotidiennement des milliers d'attaques informatiques » (Courmont et Ribnikar, 2009, p. 192). Tout récemment, avril 2017, un missile envoyé par la Corée du Nord vers les États-Unis aurait été désamorcé par un piratage informatique des États-Unis. Toutefois, la porte-parole de Conseillère nationale adjointe de la sécurité de Donald Trump, K.T. McFarland, dément cette information. Cela nous amène à réaliser que la conception de la

guerre est à un niveau plus difficile à prévoir, plus stressant pour le peuple, on n'est loin du champ de bataille d'autrefois. (LCI, 2017)

Le champ de bataille contemporain n'est ainsi plus la campagne ou la ville, il couvre désormais la totalité de la planète, y compris l'espace cybernétique. Les armées utilisent des drones de combat pour usage de surveillance ou pour usage d'armement. Un drone est un aéronef ou l'humain n'est plus à bord, mais à des kilomètres de l'engin, jusqu'à des milliers de kilomètres du lieu de son action, télécommandant la charge militaire à distance. L'usage de ces drones de combat transforme le rapport à l'espace-temps des militaires, qui ne sont plus des soldats de terrain, mais des soldats spécialistes des jeux vidéo ou d'ingénieurs informatiques. Après la bataille, ce nouveau soldat retourne tranquillement à la maison partage le souper avec la famille, pour ensuite vaquer à ses occupations personnelles. Les soldats de terrain sont toujours présents, mais moins nombreux et au rôle différent. Il y a là une transformation absolument radicale du sens de la guerre pour le soldat et pour la société.

C'est ainsi qu'avec les nouvelles technologies il est possible de parler de la guerre de l'espace. De fait, l'observation du globe depuis l'espace ne cesse de se perfectionner depuis le développement des satellites dans les années soixante. Par exemple, le Canada utilise une série de trois satellites qui transmettent des images aux forces opérationnelles en mer ou capables de détecter des aéronefs ou des véhicules terrestres en mouvement. (CFC-CPPMR, 2007, p.182) Également, depuis les années 1980, il est possible d'envoyer des armes en orbite, ce qui fait clairement de l'espace un environnement de combat. Ces avancées technologiques nous permettent de parler de techno-guérilla.

Aujourd'hui, le concept de guerre a une connotation très différente de celle qu'on lui attribuait aux XVIII^e et XXI^e siècles. Les spécialistes contemporains et les porte-parole des mouvements pacifistes décrivent la guerre comme l'incarnation du mal et comme un très grand danger (Holsti, 1990, p.709).

Indubitablement, la guerre devient plus complexe et se différencie radicalement de la guerre traditionnelle et de la guerre moderne. La guerre est aujourd'hui asymétrique, elle prend aussi la forme du terrorisme, dont les attentats du 11 septembre en sont exemplaires : l'ennemie n'est plus reconnaissable, il est souvent habillé en civil et non plus en uniforme, l'affrontement est indirect et le nombre de militaires déployés pour ces types de guerres est restreint. Par ailleurs, on retrouve une différence au niveau des opérations de la nouvelle forme de guerre ; celles-ci ne sont plus linéaires ni consécutives comme autrefois, mais en rapport avec le nouvel espace-temps de la nouvelle société. Ainsi, la guerre n'a plus un début, un déroulement et une fin, comme c'était le cas jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale³. Aujourd'hui, les militaires mènent des opérations parallèles en fournissant de l'aide humanitaire dans une partie d'une ville, ils maintiennent la paix dans une autre partie, tandis qu'ils mènent le combat dans une autre partie. Il n'a aucun principe stratégique ou tactique unificateur, il n'a plus de modèle de guerre qui peut être reconnu comme universel. Avec la technologie, les militaires comptent sur l'effet-surprise, ils utilisent beaucoup moins de munitions et utilisent des armes de précisions qui permettent de combattre simultanément en plusieurs endroits à la fois, en frappant rapidement et avec une grande précision, sans nécessairement être présent sur-le-champ de bataille. L'usage d'armements totalement automatisés est problématique, car il est de plus en plus difficile de trouver une personne responsable. Ainsi, par son caractère non étatique et son absence de localisation géographique, ce type de terrorisme pose « une menace indécélable » à la sécurité occidentale (Courmont et Ribnikar, 2009, p. 284).

La plupart des pays ont ratifié les lois qui encadrent la guerre, dont le droit international humanitaire qui se retrouve essentiellement dans les quatre conventions de Genève de 1949 :

³ Même la guerre de Corée (1950-1953) n'est officiellement pas terminée. En effet, elle est sous l'effet d'un armistice (pause), qui n'a été jamais officialisé la fin de la guerre.

Le droit international humanitaire (DIH) est un ensemble de règles qui, pour des raisons humanitaires, cherchent à limiter les effets des conflits armés. Il protège les personnes qui ne participent pas ou plus aux combats et restreint les moyens et méthodes de guerre. Le DIH est également appelé « droit de la guerre » ou « droit des conflits armés ». Le DIH fait partie du droit international qui régit les relations entre États. Ce dernier est formé d'accords conclus entre États, appelés traités ou conventions, de la coutume internationale, constituée par la pratique des États reconnue par eux comme étant obligatoire, ainsi que des principes généraux du droit. (Comité international Genève, 2004)

Ainsi ces conventions spécifient ce qu'est un combattant, un civil, un blessé, etc., et énumèrent leurs droits et responsabilités respectives. Mais, avec les nouvelles technologies, il se peut que le drone qui lance un missile soit contrôlé par un civil, ce qui contrevient à l'esprit autant qu'à la lettre du DHI. « Leur objectif [des militaires] est de limiter les dommages collatéraux avec une bonne identification des cibles, ainsi que de bien différencier combattants et non-combattants » (Lt Col Anthony J. Lazarski, 2002). Le contrôleur de ces armes sera considéré comme un combattant, dans ce cas, il est nettement préférable qu'il s'agisse d'un militaire et non d'un civil.

Cette nouvelle forme qu'a prise la guerre a un énorme effet psychologique. En effet, avec les armes de destructions massives, les militaires vivent davantage de stress, car ils peuvent être tués sans pouvoir même avoir connaissance d'où vient une attaque, voire même sans avoir connaissance qu'il y a une attaque. Il est extrêmement difficile de se protéger des effets des armes biologique ou chimique, d'un IED⁴ ou de la bombe d'un drone et il est pratiquement impossible de se protéger d'une arme nucléaire. Avec la transformation des conflits et de la société, la fin de l'idée de la guerre émerge, car dès qu'il n'y a plus de raison philosophique de faire la guerre, nous oserions dire dès que la guerre semble ne plus faire de sens, la possibilité de sa disparition apparaît.

Les horreurs du siècle précédent ont suscité dans les esprits le refus de la guerre : on peut dire que le premier conflit mondial a perverti la guerre, en

⁴ IED, est l'acronyme anglais de « Improvised Explosive Device », ou EEI en français, pour Engin explosif improvisé.

imposant des sacrifices démesurés au regard du but; et le second conflit mondial a profané la guerre, en légitimant des sacrifices humains si violents et si inimaginables que la notion de la guerre y a perdu son sens. Il en découle une perte de confiance dans un pouvoir, quel qu'il soit pour prendre la décision d'utiliser la force sans le droit (Delsol, 2009, p.553).

1.3.1 L'effacement de la guerre de l'espace public et ses conséquences

Dans la société d'aujourd'hui, dans le nouveau mode de reproduction décisionnel opérationnel, il n'y a plus d'effort de guerre tel que cet effort se manifestait dans les guerres précédentes, au moins jusqu'après la Deuxième Guerre mondiale. Aujourd'hui, à l'exception de la communauté militaire, et à l'exception des nombreuses guerres interstellaires des films d'action présentés dans les cinémas du monde, la population n'est pas consciente d'être en guerre, n'est pas consciente que des concitoyens sont en mission en pays étranger au nom du Canada et de ses alliances militaires, pour protéger nos libertés, nos intérêts et assurer notre sécurité. Tel que l'illustre George Orwell dans son célèbre roman *1984*, la guerre est ce qui se passe 'là-bas', comme un bruit de fond normal et constant. Le Canada est, en date de l'an 2018, impliqué dans pas moins de trente-cinq opérations militaires partagées entre des opérations au Canada, en Afrique, en Europe, au Moyen-Orient, en Asie-Pacifique et en Amérique centrale et du Sud⁵. Il semble que les seuls moments de conscience nationale de ces missions, soient lorsque des soldats sont tués, car même les blessés sont généralement passés sous silence. Les médias rapportent les incidents et avisent la population, mais cette réalité de la guerre ne dure que ce moment « clip » des nouvelles, propre à la réalité contemporaine de l'opinion publique. La routine de chacun reprend là où elle était, sans « effort de guerre » et la réalité militaire reprend sa place dans l'inconscient collectif, à peine audible comme bruit de fond.

Ainsi, l'effort de guerre a disparu de la conscience et de la réalité, et cela est révélateur de la transformation de la société en système peuplé d'individus autonomes, coupés d'une appartenance collective à une seule et même entité subjective. Ce monde

⁵ <http://www.forces.gc.ca/fr/operations/compte-rendu.page>

individualiste où chacun existe pour soi, où, pourvu que chacun se sente en sécurité, on ne se préoccupe plus de son voisin, s'appuie sur un soi-disant libre arbitre. « Conséquemment, ce libre arbitre fera en sorte que chacun cherche son bonheur pour lui-même, sans se préoccuper de la conscience collective et du sens d'appartenance à une seule et même entité. » (Boudreau, 2013, p. 56) Conséquemment à ce changement dans le sens et dans la réalité de la société, ainsi que dans le changement de la forme de la guerre, l'effort de guerre a disparu et cette disparition a également fait disparaître le soldat en tant que réalité emblématique de la guerre. Cette situation ne peut qu'engendrer un impact négatif sur la compréhension qu'a la population des besoins des militaires et de leur souffrance spécifique résultant des blessures psychologiques qu'ils ont subies. On peut croire que la population ne se préoccupe plus autant des besoins des militaires, puisqu'elle-même ne fait aucun sacrifice, ne vit aucune réalité pouvant lui rappeler son état de guerre constant, les atrocités, les peurs, les sacrifices et les coûts d'une guerre.

Le tableau 1 suivant (Boudreau, 2011) récapitule les modes de reproduction, ainsi que la synthèse réflexive concrète à laquelle les individus sont contraints par la médiation spécifique à chacun des modes de reproduction.

**Tableau Médiation propre à chacun des
Modes de reproduction de la société¹**
Avril 2011

Vie Naturelle Animale	Mode de reproduction culturel symbolique	Mode de reproduction politique institutionnel	Mode de reproduction décisionnel opérationnel	Modalité de reproduction de la société
Monde ↓	Monde ↓	Monde ↓	Monde ↓	Objectivité du monde (<i>le monde tel qu'il existe</i>)
Sensori motrice ↓	Culture ↓	Politique ↓	Technique ↓	Médiation (<i>modalité structurante entre le monde subjectif de l'individu et le monde objectif tel qu'il existe</i>)
sujet vivant ↓	Individu ↓	Individu ↓	Individu ↓	Monde subjectif de l'individu
L'étant	Groupe	Citoyen	Moi	Modalité identitaire
L'animal existe, en ce moment, sans passé et sans futur, il n'est que « là », « ici et maintenant ».	L'individu n'existe que dans l'appartenance à son groupe. L'individu est expression singulière du groupe, ce dernier est la forme d'identité primaire.	D'abord donnée par son statut d'« enfant de Dieu », puis de « sujet du roi », l'individu existe ensuite dans son identité à l'État nation en tant que « sujet du droit ». Le rapport institué est juridique.	L'individu se conçoit et agit comme autonomie indépendante, tournée sur soi. L'être détaché risque la perte de sens.	Synthèse réflexive concrète

¹ Synthèse des Modes de Reproduction de la société, tirée M. FREITAG, *Dialectique et société*, tomes 2, « Culture, pouvoir et contrôle : les modes de reproduction formels de la société », Montréal, Éditions Saint-Martin, Lausanne, L'Âge d'Homme, 1986b.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS ET PRÉCISION CONCEPTUELLES

Le bref historique de l'évolution de la société et des formes de guerres qui ont caractérisé l'histoire humaine, présenté au chapitre précédent, nous a permis d'apprécier le contexte général des conséquences physiques et psychologiques de la guerre sur le combattant. Dans le présent chapitre, nous allons décrire de manière plus précise le contexte dans lequel se trouvent les militaires canadiens souffrants d'une blessure de stress opérationnel (BSO) au retour de missions. Nous allons ensuite parler de la participation des militaires canadiens aux deux plus importantes organisations qui dirigent les sphères de combat dans lesquelles ils sont impliqués, soit l'Organisation des Nations Unies (ONU) et l'Organisation du traité de l'Atlantique Nord (OTAN). Nous analyserons les répercussions que les déploiements occasionnent dans l'environnement du militaire, en particulier pour la famille et la vie familiale. Pour terminer, nous décrirons la théorie écologique pour mieux comprendre les besoins des militaires atteints du syndrome de stress post-traumatique.

2.1 Situation actuelle des BSO

Ce bref historique de l'évolution de la société et des formes de guerres que l'humain a développé nous permet d'apprécier les conséquences physiques et psychologiques de la guerre sur un soldat. Dans le cas des conséquences psychologiques de la guerre, nous parlons spécifiquement des BSO. Ce survol nous permet également de constater que, peu importe le type de guerre, celle-ci n'est jamais à proprement parlé « bonne pour la santé ». Par exemple, recevoir un coup de maillet sur le tibia, une flèche au bras, une balle à la jambe, se faire arracher une main par une balle de mitraillette, tout cela change

en quantité, mais demeure similaire au regard des conséquences radicalement différentes de la guerre chimique, de la bombe atomique et de la guerre par drone. Le contexte de guerre est le milieu de vie qui génère les BSO. En plus de la dimension technique des armements que l'on vient d'énumérer, il y a la dimension humaine qu'il faut considérer : voir des enfants et des femmes blessées, tuées ou violées, voir un membre de sa famille, un ami, un voisin ou un frère d'arme se faire tuer, la peur d'être blessé ou de mourir en elle-même, tout cela engendre des conséquences psychologiques qui produisent une BSO. Ainsi, ce ne sont pas d'abord les menaces de la technologies militaire (armes plus puissantes, drones, explosions, etc.) qui sont responsables des BSO, mais ce sont peut-être surtout les conséquences de la guerre sur la psychologie humaine.

De toutes les conséquences que la guerre engendre chez les soldats, la reconnaissance de l'état de stress post-traumatique (ESPT) auprès des militaires canadiens prend de l'ampleur à partir des années 1990, résultat des efforts du Général Roméo Dallaire à son retour de mission au Rwanda. De manière progressive depuis, les divers gouvernements du Canada ont investi d'importantes ressources pour soutenir les militaires souffrant de BSO. En particulier, depuis 2012, le ministère de la Défense nationale du Canada (MDN) a investi d'importantes sommes d'argent auprès des professionnels de la santé mentale pour établir des programmes d'aide, pour soutenir et accompagner les militaires blessés et leurs familles dans le long processus de réintégration à la société et au milieu de vie à leur retour de mission (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2012). En 2014, le gouvernement du Canada a annoncé un investissement de 200 millions de dollars sur six ans, pour mieux répondre aux besoins des militaires souffrant de problèmes de santé mentale (45e Nord.ca.).

Cependant, malgré les investissements du gouvernement et les programmes mis en place pour répondre aux exigences curatives des BSO, nous constatons la persistance continue de la misère et de la souffrance des militaires. En particulier, le taux de suicide des militaires en retour de mission est très élevé. Dans le rapport provisoire sur les BSO

des anciens combattants du Canada (2015), Passey indique que 46% des personnes qui souffrent de BSO pensent au suicide, jusqu'à 19% font des tentatives. Dans un rapport sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes, Whitehead et *al* (2015) montrent une augmentation de suicides de militaires masculins dans la Force régulière : entre 2005-2009, il y a eu 51 suicides, tandis qu'entre 2010-2014 il y en a 68. Le taux de suicide des militaires masculin de la Force régulière est passé de 19 pour 100 000 en 2005-2009 à 23 pour 100 000 en 2010-2014, contre 11,5 pour 100 000 au sein de la population masculine du Canada⁶. Ces données demeurent cependant partielles, dans la mesure où le ministère des Anciens Combattants ne compile pas le nombre de suicides chez les vétérans. De même, les renseignements concernant la mort des réservistes ne sont pas toujours acheminés au ministère de la Défense. La proportion de décès attribuable au suicide est de 45 % plus élevée chez les vétérans que chez les militaires en service (Paré, 2013). Si nous pouvons constater que ce taux est élevé, on n'en connaît cependant pas la raison. Est-ce que les services offerts aux blessés psychologiques de la guerre ne répondent pas exactement aux besoins des militaires? Est-ce que les militaires en services ont droit à plus de programmes que les militaires retraités?

Plusieurs études ont été réalisées pour évaluer les répercussions des BSO sur les membres des Forces armées canadiennes (FAC), mais très peu ont été faites au niveau des besoins. On ne sait toujours pas avec précision si les programmes mis en place par le Ministère de la défense nationale (MDN) répondent adéquatement aux besoins des militaires ou aux besoins de leurs familles. Diverses études (Westwood et *al.*, 2010; Fikretoglu et *al.*, 2010; Maria R Romanoff, 2006) reconnaissent que les militaires qui sont déployés en théâtre opérationnel ont un risque élevé de développer un état de stress post-traumatique.

Les Forces canadiennes (FC) ont déployé plus de 40 000 de leurs membres en vue de soutenir la mission en Afghanistan depuis ses débuts en 2001 ; plus de 150 d'entre eux ont perdu la vie et un nombre beaucoup plus élevé a

⁶ <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm>

subi des blessures graves. Pour cette raison, jamais les effets psychologiques à long terme liés aux déploiements des FC n'ont suscité un intérêt aussi grand. (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2013)

En plus des services directs aux blessés de guerre, il semble que les FAC font également face à la nécessité de changer certaines dimensions de la stigmatisation qui persiste en son sein. En effet, les préjugés existent toujours à l'endroit des militaires qui consultent les services de soins psychologiques existants. Par exemple, sur la base de Valcartier au Québec, les militaires doivent monter un escalier pour se rendre dans les bureaux de santé mentale et cet escalier a pour surnom « l'escalier de la honte » (Anders, 2007).

Dans le rapport provisoire des anciens combattants (2015) sur les BSO, il est mentionné que ces blessures et d'autres problèmes de santé mentale demeurent un important obstacle à surmonter pour les FAC. La honte de souffrir d'une BSO demeure trop grande pour les militaires, qui ont l'impression de devoir correspondre à une norme qui devrait faire d'eux des êtres psychologiquement froids et durs, aussi puissant et aussi résistant qu'une machine.

Une BSO n'est pas une blessure physique qui paraît évidente à quiconque pose le regard sur l'ancien combattant. Elle est une profonde blessure psychologique qui a un très grand potentiel perturbateur sur le rapport au monde de l'individu. Il importe alors d'évaluer de la manière la plus adéquate possible les besoins des militaires au retour de missions pour qu'ils puissent obtenir toute l'aide nécessaire pour rétablir un état de bien-être complet.

Cela nous conduit à élaborer nos questions de recherche de la manière suivante. Quels sont les besoins des militaires souffrant de BSO, lorsque ces militaires reviennent de missions? Comment mieux combler ces besoins?

2.2 Pistes de recherche

Ces questions de recherches mènent donc directement à des constats qui peuvent être formulés ainsi. Les programmes mis en place par le MDN présentent certaines lacunes qui pourraient être amoindries par la maximisation de leur cohérence entre eux. Qui plus est, une attention toute particulière devrait être apportée aux services offerts à la période suivant le retour de théâtre opérationnel. Il nous semble que la résolution de cet important problème ne puisse résider que dans le cadre d'une approche globale au problème de la BSO.

Un second constat peut être formulé en rapport à la recherche de solutions au problème du traitement des BSO. Elle prend la forme d'une approche intégrée de l'ensemble des services de soins aux BSO, reconnue telle dans l'ensemble de la structure militaire. Cette approche intégrée serait mieux en mesure de répondre aux besoins des militaires des FAC. Cela nous semble conforme aux expériences de l'ensemble des corps militaires aux prises avec le traitement des BSO.

2.3 But spécifique de la recherche

Le but spécifique de cette recherche est d'évaluer les besoins des militaires, tel que ces militaires expriment et ressentent ces besoins. Nous voulons déterminer quels sont les besoins des militaires souffrant de BSO lorsqu'ils reviennent de missions. Selon une étude spécifique sur les besoins de support psychologique des militaires de retour de mission, on constate que, malgré les efforts considérables déployés par le MDN depuis environ 10 ans, y compris la mise sur pied de programmes spécifiques, celui-ci répond à peine aux besoins pressants des militaires (Paré, 2013). Étant donné qu'ils existent déjà des programmes d'aide aux militaires, l'évaluation des besoins a une fonction différente.

On peut entreprendre une évaluation des besoins alors même qu'un programme est en cours. Dans ce cas, l'évaluation a pour but de vérifier si le programme répond toujours aux besoins concrets et s'il n'y a pas d'autres difficultés ou situations

problématiques auxquelles le programme ne répond pas et qui pourraient constituer la base d'un élargissement du programme. (Tard et *al.*, 1997, p.33)

En outre, cette évaluation des besoins vise à vérifier si les programmes mis en place répondent adéquatement aux besoins des militaires et de leurs familles à leur retour de mission. Paré (2013) recense plusieurs études qui indiquent que les besoins militaires allaient doubler entre 2013 et 2017. Nous envisageons également, comme sous question de recherche, de déterminer s'il existe des obstacles qui empêchent les militaires à recourir aux services déjà existants. Nous visons finalement à identifier et à recommander des pistes de solutions pour les programmes déjà mis en place, suite à l'évaluation des besoins.

Plusieurs études (Westwood et *al.*, 2010 ; Stretch, 1990 ; Richardson et *al.*, 2008; Nelson et *al.*, 2011; Fikretoglu et *al.*, 2007; Romanoff, 2006) soulignent que les militaires qui reviennent de théâtre opérationnel ont un haut risque de manifester un ESPT. De fait, plus un militaire effectue de missions, plus la probabilité de développer un ESPT est élevée. « [...] l'impact d'événements traumatiques antérieurs est déterminant dans le tableau évolutif d'une symptomatologie post-traumatique, et ce, au point d'accroître parfois l'impact d'un nouveau trauma même si ce dernier est de moindre intensité que le ou les précédents. » (Stéphane Guay, 2006 p. 55) Ainsi, il faut évaluer si les militaires jouissent de l'aide nécessaire au rétablissement de leur bien-être psychologique et physique lors de la transition du retour de mission. Un retour de mission est très difficile en soi, cela demande une période d'adaptation de la part du membre et de sa famille. Pour le partenaire, cela fait des mois qu'il prend les décisions seuls, qu'il gère sa vie sans l'autre. Pour le militaire, cela fait des mois qu'il vit sans sa famille, dans un milieu où tout son être est rigoureusement encadré et où de très longs moments sont vécus en mode 'survie'. Ainsi, au retour de mission, les deux membres d'un couple ont besoin d'une période de ré-adaptation qui peut durer plusieurs mois. Si le militaire revient d'une zone de combat dans un état de stress post-traumatique, la

transition à la vie civile s'en compliquera d'autant, tant pour le militaire que pour le partenaire. « La plupart des familles ont indiqué qu'il faut un mois ou jusqu'à plus d'une année pour qu'elles reviennent au rythme familial préalable au déploiement. » (Daigle, 2013). De plus, il est important de pouvoir aider les familles lors du retour du partenaire. En effet, la famille a aussi besoin de soutien pour traverser la période de rétablissement. La famille est tout aussi impliquée en sa qualité de lieu de support moral lors de la mission du militaire, qu'elle l'est lors de la transition de retour de mission. En ce sens, elle doit comprendre ce qu'est une blessure de stress opérationnelle. Elle doit également pouvoir compter sur des services capables de l'aider à aider la personne qui souffre d'une BSO. Ainsi, comprendre les besoins de la famille est essentiel au processus d'appui des militaires lorsqu'ils reviennent de théâtre opérationnel. En effet, la famille a une influence directe sur le militaire, elle doit elle-même être en mesure de déployer des stratégies d'aide appropriées.

2.4 Impact du travail social

Le travail social croit en l'obligation de fournir des ressources et des services pour le bénéfice général de l'humanité. Il encourage l'équité sociale et la juste répartition des ressources, et travaille à réduire les obstacles et à élargir la gamme de choix pour tous. Le travailleur social⁷ s'oppose aux préjugés et à la discrimination à l'endroit de toute personne ou groupe de personnes, pour quelque raison que ce soit. (ACTS : 2005). Nous pensons que la présente recherche a le potentiel d'engendrer des retombées en service social et ce, autant de manières directes, qu'indirectes. En évaluant les besoins des militaires et de leur famille, nous devrions être en mesure de recommander des pistes de solutions pour les programmes déjà mis en place, en liant les divers services en une meilleure continuité de soins, de manière à aider l'individu à retrouver un équilibre dans sa vie. De manière indirecte, cette recherche devrait faire avancer la compréhension des besoins à combler lors des retours de missions, puisqu'il existe peu de recherches sur ce

⁷ Nous désignons ici tant l'homme que la femme travailleuse sociale.

point. De plus, en considérant la sous-culture propre au milieu militaire, c'est-à-dire en révisant les valeurs qui se rattachent à la santé mentale des membres, cela contribuerait à la diminution de la stigmatisation et à la participation des militaires à chercher l'aide requise pour leurs besoins à combler lors des retours de missions.

2.5 Les militaires canadiens

L'utilisation du terme militaire canadien dans cette recherche englobe les trois éléments des Forces armées canadiennes : l'Armée canadienne est l'élément terrestre, la Marine royale canadienne est l'élément maritime et l'Aviation royale canadienne est l'élément aérien. Cela inclut les militaires qui travaillent à temps plein, les membres de la Force régulière et ceux qui travaillent à temps partiel, soit les membres de la Force de réserve.

Les militaires canadiens jouent un rôle très important pour notre pays. Ils répondent à la politique de défense du Canada. Les Forces armées canadiennes protègent la souveraineté canadienne et fournissent une aide d'appoint aux Canadiens en cas de catastrophe naturelle ou d'autre urgence, tant au Canada qu'à l'extérieur du pays. Les Forces travaillent également au maintien de la sécurité continentale de l'Amérique du Nord, par la surveillance et la défense de l'espace aérien et des zones océaniques en partenariats avec la défense aérospatiale des États-Unis au sein du Commandement de la défense aérospatiale de l'Amérique du Nord (NORAD). Les Forces canadiennes s'engagent également à diverses activités de maintien de la paix et de stabilité auxquels souscrivent les divers gouvernements du Canada (Gouvernement du Canada, 2017). Ainsi, tel que mentionné dans le précédent chapitre, le gouvernement du Canada détache régulièrement des militaires du Canada des nombreuses bases militaires du pays aux diverses missions à travers le monde.

Les FAC remplissent ce rôle en protégeant les intérêts canadiens à l'étranger et en travaillant avec nos alliés, avec d'autres pays ayant la même vision et avec des organisations multinationales (surtout avec l'Organisation des Nations Unies (ONU) et l'Organisation du traité de l'Atlantique Nord

l'OTAN) pour intervenir en cas de menaces. (Gouvernement du Canada, 2016)

Depuis 1947, les FAC ont participé à plus de soixante-quinze missions et actuellement ils participent à environ trente-cinq missions: soit des missions d'imposition ou de maintien de la paix organisée par l'ONU à des missions de surveillance de la trêve ou à des missions d'observation menées hors des auspices de l'ONU. (Défense nationale et les Forces armées canadiennes) mentionnons les interventions les plus importantes : en Bosnie (1992), en Croatie (1994), au Rwanda (1993-1996), en Somalie (1992-1995), la première guerre du Golfe (1990-1991) et enfin, en Afghanistan (2001-2014). Plus de 40 000 militaires ont participé à cette dernière opération (Anciens Combattants Canada, 2010). La durée de cette mission et le nombre élevé d'effectifs déployés font de cette mission en Afghanistan la plus importante depuis la Seconde Guerre mondiale (Paré 2013)⁸.

Il faut spécifier que le terme mission signifie spécifiquement que les militaires sortent de la base pour défendre et pour protéger le pays ou pour maintenir la paix et la sécurité internationale. La durée d'une mission varie selon le besoin opérationnel. Suite à une évaluation complète de la situation par les dirigeants à qui a été confiée l'organisation de la mission, ceux-ci vont en déterminer la durée. Toutefois, les termes déploiement, tour et rotation sont régulièrement utilisés comme synonyme signifiant que des militaires sont partis en mission.

Une opération désigne l'intervention spécifique des FAC dans le cadre d'une mission. Par exemple, Opération ATHENA (2003-2011) est le nom spécifique de

⁸ Nous ne pouvons énumérer toutes les missions auxquels les FAC ont participé et participent encore, le nombre de ces missions est beaucoup trop élevé. Toutefois, vous trouverez en annexe A la liste de toutes les opérations passées et en cours des FAC.

l'intervention en Afghanistan. Opération MONUOR est le nom spécifique de l'intervention au Rwanda⁹.

Explorons maintenant les deux plus importantes organisations qui dirigent plusieurs des opérations dans lesquelles le Canada participe, car les Opérations passées ou en cours ne sont pas toujours dirigées par l'ONU ou l'OTAN.

2.6 Les organisations dans lesquelles agissent les militaires canadiens

2.6.1 L'ONU

L'Organisation des Nations Unies (ONU) est une organisation internationale regroupant pratiquement tous les États de la planète. Cette organisation, dont le siège est située à New York, existe sous sa forme actuelle depuis 1945, ayant succédé à la Société des Nations, qui a siégé à Genève de 1920 à 1944. Le Canada est membre de l'ONU depuis le 9 novembre 1945. L'ONU a plusieurs mandats, dont les principaux sont de promouvoir le développement durable, de garantir le droit international, de protéger les droits de l'Homme, de fournir de l'aide humanitaire, de maintenir la paix internationale, de prévenir et d'écarter les menaces à la paix, de réprimer tout acte d'agression ou autre geste de rupture de la paix, et ce, par des moyens pacifiques. L'ONU vise à ce que les pays développent des relations amicales fondées sur le respect des droits égaux des peuples. Ainsi, elle encourage le dialogue et la coopération entre les États. Par conséquent, la Charte des Nations Unies spécifie qu'un pays ne peut avoir recours à la force armée que pour des raisons d'autodéfense et que le recours à la violence n'est légitime que dans des situations extrêmement rares et précises.

L'ONU emploie les militaires des pays membres et les rendent disponibles dans le cadre d'opérations de maintien de la paix, de consolidation de la paix et d'aide

⁹ La liste complète des opérations en cours est disponible sur le site de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes <http://www.forces.gc.ca/fr/operations/en-cours.page>. Pour les opérations passées, consultez les sites suivants <http://www.forces.gc.ca/fr/operations/passees.page> et <http://www.forces.gc.ca/fr/nouvelles/article.page?doc=le-canada-et-les-operations-multilaterales-appui-a-la-paix-et-a-la-stabilite/hnlhlxfi>

humanitaire (CFC-CPPMR, 2007). Par exemple, dans le cadre de la mission d'intervention en Bosnie menée par l'ONU :

Les soldats canadiens ont pris part au réapprovisionnement, à l'acheminement des secours humanitaires, au contrôle des armes aériennes, aux évacuations sanitaires et au soutien d'ingénierie, ainsi qu'à la sécurité et à la surveillance aérienne, de surface et sous-marine, entre autres choses. (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2017).

Une des différences que l'on retrouve avec les missions dirigées par l'ONU lors d'interventions de maintien de paix est que les militaires ne sont autorisés à l'usage de la force armée que pour des raisons d'autodéfense. Par conséquent, cela amène les militaires à utiliser une stratégie qui consiste à s'interposer entre deux groupes de belligérants afin de faire respecter des cessez-le-feu ou pour protéger les populations contre les crimes que l'un des camps pourrait commettre. *A contrario*, lors des missions dirigées par l'OTAN, les militaires ont l'autorisation de l'usage de la force, tel que cet usage est défini par les règles d'engagements. « Les règles d'engagement sont des directives aux forces militaires qui définissent les circonstances, les conditions, le degré et la manière, dont la force, ou les actions qui pourraient être interprétées comme provocatrices, peuvent être appliquées. » (NATO Legal Deskbook, 2010, p. 254). Également, il faut spécifier que ces règles ne sont pas identiques pour toutes les missions.

Ainsi, nous le verrons, les missions dirigées par l'ONU comportent une différence significative dans le type de BSO qu'elles engendrent, en ce que les missions de l'ONU comportent une dimension d'attentisme et d'impuissance des militaires face aux exactions commises contre les populations. Autrement dit, un militaire en mission de l'ONU pourrait être soumis à davantage d'actes de violence de toutes sortes contre des populations civiles.

Pour des raisons de camouflages, lors de conflits opposant des armées régulières, les militaires portent généralement des uniformes verts tachetés de vert et de brun. Une

caractéristique de l'intervention de l'ONU est que les militaires qui agissent au nom de l'intervention ne cherchent pas à se camoufler et portent des casques d'une couleur bleue distincte. Le bleu porté par les militaires qui agissent pour l'ONU désigne aujourd'hui les militaires de l'ONU, que l'on nomme « les Casques bleus ». En plus, les véhicules des Casques bleus ne sont pas verts, comme on est habitué des voir lors des conflits classiques, ils sont blancs, la couleur symbolique de la paix. Ces Casques bleus dans leurs véhicules blancs sont très visibles par les militaires belligérants qui s'affrontent sur le terrain, rendant les soldats en mission de paix vulnérables par le fait même.

2.6.2 L'OTAN

L'Organisation du traité de l'Atlantique Nord (OTAN) a vu le jour, sous l'égide des États-Unis d'Amérique, le 4 avril 1949. Sa création faisait suite aux leçons de la Deuxième Guerre mondiale et aux craintes provoquées par la constitution d'une puissante armée soviétique. Ainsi, la création de cette alliance a été inscrite dans un projet autour de trois objectifs spécifiques : endiguer l'expansionnisme soviétique; empêcher le retour du militarisme nationaliste en Europe grâce à une présence forte de l'Amérique du Nord sur le continent; et encourager l'intégration politique européenne (OTAN, 2012). Ainsi, l'OTAN est une organisation politico-militaire et régionale qui rassemble l'ensemble des pays occidentaux. Son objectif fondamental est la préservation de la stabilité de la région, de la liberté et de la sécurité de ses membres par des moyens politiques. Pour ce faire, l'OTAN a pour mandat de promouvoir les valeurs démocratiques et d'encourager la consultation et la coopération sur les questions de défense et de sécurité, ainsi que sur les questions proprement militaires. Si les efforts diplomatiques devaient échouer en cas de conflit, l'OTAN possède les capacités militaires nécessaires et la volonté politique pour entreprendre des opérations militaires de gestion de crise (OTAN, 2015). En effet, et contrairement à l'ONU, l'OTAN se donne, depuis 2001, le droit d'employer les forces nécessaires lors de missions telle que celle déployée en Afghanistan entre 2009 et 2014. « L'OTAN adhère au principe selon lequel une attaque contre l'un ou plusieurs de ses membres est considérée comme une

attaque dirigée contre tous. Il s'agit du principe de la défense collective, qui est consacré dans l'article 5 du Traité de l'Atlantique Nord » (OTAN, 2015). Cependant, contrairement à l'ONU toujours, lorsque les militaires interviennent sous le commandement de l'OTAN, ils portent le casque vert. Les missions en Afghanistan et au Kosovo sont des missions auxquelles le Canada a participé sous l'égide de l'OTAN.

Chaque jour, les pays membres de l'OTAN se consultent et prennent des décisions sur des questions de sécurité, à tous les niveaux et dans une grande variété de domaines. L'OTAN n'a jamais cessé d'innover et de s'adapter aux conditions qui se présentent afin de garantir que cette alliance dispose des politiques, des capacités et des structures nécessaires pour faire face aux menaces actuelles et futures, et notamment pour assurer la défense collective de ses membres. En ce moment, 29 pays sont membres de l'OTAN (vingt-sept pays européens et deux pays de l'Amérique du Nord). Le Canada s'y est joint dès sa création en 1949.

2.7 Définition de certains concepts militaires

2.7.1 Théâtre d'opérations et sphère de combat

Les soldats emploient le terme théâtre opérationnel pour désigner l'endroit du déploiement, mais le terme militaire consacré est théâtre d'opérations, qui désigne la zone où se déroule un conflit militaire ou une opération d'envergure. Dans les conditions sans cesse changeantes de la conduite de la guerre au XXI^e siècle, tel qu'on l'a décrite dans le chapitre précédent, il semble qu'il y ait nécessité de trouver un autre terme pour qualifier l'endroit où les militaires doivent intervenir en mission. Denton propose de préciser que le théâtre d'opérations est en fait une sphère de combat.

Selon Denton, « La sphère de combat est la sphère opérationnelle dynamique d'un conflit particulier, délimitée dans tous les sens par ses relations de cause à effet. » (2012). Par conséquent, en plus de la situation spécifiquement militaire, les soldats peuvent rapidement être confrontés à un contexte culturel inconnu ou peu familier, qui

peut engendrer un important stress dès le début de la mission. Cela se produit même après que les militaires aient reçu une séance d'information sur la culture locale de l'endroit où ils vont intervenir. Par exemple, en Afghanistan, la culture ne permet pas de regarder une femme, sous risque de devoir faire face à une réaction masculine pouvant aller jusqu'à la confrontation violente, y compris mortelle. Considérant la différence culturelle avec la culture canadienne, cela signifie que le militaire est en risque de conflit ouvert et violent au sein même de ses activités quotidiennes dans la société où il intervient.

La vie dans une sphère de combat est en soi un environnement stressant. À la menace de mort ou de blessure, à la menace d'attaques de missiles et des bombes, au risque d'être fait prisonnier de guerre et de se faire torturer s'ajoute la menace de la rue. Aussi, la différence entre une mission de l'ONU et une mission de l'OTAN devient donc importante pour les militaires en termes de stress qu'ils ressentent, puisqu'un des commandements permet l'utilisation de la force armée et l'autre non. Cependant, leur sphère de combat n'est pas sans dangerosité non plus, car ils sont présents pour intervenir lors de gestion de crises armées. Plus encore, même si les militaires sont sous l'autorité de l'OTAN et ont des règles d'engagement différentes, ils arrivent dans certaines situations que les militaires soient témoins de viols d'enfants et de femmes, sans pouvoir intervenir.

2.7.2 Blessure de stress opérationnel

Les Forces armées canadiennes emploient depuis peu le terme blessure de stress opérationnel (BSO) pour désigner ce problème, au lieu du terme consacré dans les écrits d'état de stress post traumatique (ÉSPT) (Fikretoglu, 2008). Toutefois, il est important de comprendre que l'ÉSPT est un type de BSO, mais la BSO n'est pas nécessairement un ÉSPT. L'ÉSPT est une réaction spécifique qui peut se développer suite à l'exposition à un ou des événements traumatiques. Une BSO englobe tout problème psychologique

développé en lien avec l'exécution d'une tâche opérationnelle. Les anciens combattants définissent ainsi une BSO :

[Une] blessure liée au stress opérationnel désigne tout problème psychologique persistant découlant de l'exercice de fonctions dans les Forces armées canadiennes ou la Gendarmerie royale du Canada. L'expression désigne aussi des problèmes très variés, dont des problèmes médicaux diagnostiqués comme les troubles anxieux, la dépression et l'état de stress post-traumatique, ainsi que d'autres problèmes moins sévères qui entravent tout de même le fonctionnement au quotidien (Anciens combattants Canada, 2015).

Les menaces et le danger planent perpétuellement sur le destin des militaires déployés en théâtre d'opérations. Comme nous l'avons dit, les militaires directement déployés en sphère de combat assistent souvent à d'incroyables atrocités : destruction matérielle, corps d'enfants morts, viol de femmes, blessure ou mort de frères d'armes, etc. Ce qui ajoute à ces horreurs vécues est souvent de n'être pas en mesure d'intervenir. Le sentiment d'impuissance écrasant qui se dégage de ces expériences crée un terreau fertile au développement des BSO. Ainsi, le membre qui a été déployé en théâtre opérationnel, qu'il soit actif (militaire) ou non (vétérane), la blessure de stress opérationnel le guette. En effet, une BSO peut se développer lors du déploiement, dans l'année de son retour, et même quelques années après le retour. Plusieurs auteurs (Westwood et *al.*, 2010 ; Stretch, 1990 ; Richardson et *al.*, 2008; Nelson et *al.*, 2011; Fikretoglu et *al.*, 2007; Romanoff, 2006) rapportent aussi que le stress vécu ou ressenti en sphère de combat engendre une propension au développement d'une BSO, en particulier lorsqu'une sphère de combat est située en milieu culturellement très étranger à la culture canadienne et plus encore lorsque le nombre de déploiements d'un individu augmente. Un militaire peut en effet être appelé à participer à plusieurs missions dans sa carrière, jusqu'à cinq ou six, selon son métier et les besoins de l'opération en cours.

Le nombre de déploiements des militaires canadiens a grandement augmenté depuis une vingtaine d'années. Non seulement le nombre de missions, mais également le nombre de militaires par mission augmente, culminant avec le déploiement en

Afghanistan, qui a vu le déploiement du plus grand effectif de militaires depuis la Deuxième Guerre mondiale. Le nombre de BSO a de ce fait également fortement augmenté. Selon le rapport annuel du comité permanent des Anciens Combattants (en juin 2007), lors des cinq années précédentes, 2001-2006, il a eu une augmentation de 400 % du nombre de militaires souffrant de BSO et cela ne compte pas la totalité de la mission en Afghanistan. Selon une étude datant de 2011 sur l'incidence du cumulatif des traumatismes reliés au stress opérationnel (Stratégie du médecin général en matière de santé mentale groupe de services de santé des Forces canadiennes, 2017), 13% des membres qui ont été déployés en Afghanistan jusqu'en 2008 ont été diagnostiqués comme souffrant d'un ou de plusieurs troubles de santé mentale reliés à un déploiement. De même, selon le porte-parole des anciens combattants, il est estimé qu'environ 34 000 des militaires ou vétérans qui ont participé à cette mission auront reçu une indemnité d'invalidité entre 2011 et 2016, la majorité pour des troubles de santé mentale, dont le BSO (Engdahl et *al.*, 2011).

2.7.3 La Famille

La famille joue un rôle très important auprès des militaires souffrant de BSO. Définissons ce mot pour bien comprendre son sens dans le contexte de ce mémoire. Le sens premier du mot famille désigne l'arrangement qui lie les hommes et les femmes en une unité de reproduction où on conçoit et socialise les enfants pour en faire des adultes. La famille est l'unité sociale de reproduction biologique de l'espèce. Ses diverses constructions sociales varient cependant grandement dans le temps et dans l'espace, et plus encore aujourd'hui. Ainsi avec tous les changements de la société que l'on connaît, il est très difficile de travailler avec une seule définition de la famille. Mais ce qui se dégage d'une définition générale de la famille, c'est qu'elle est le lieu fondamental de la solidarité entre ses membres proches. Les liens, de sang ou non, qui unissent les individus d'une même famille sont également les liens sociaux les plus importants. Or, les militaires ont élargi ce concept de famille qui marque l'appartenance commune à leur propre organisation. Les militaires se définissent eux-mêmes, par extension ou par

analogie, comme formant « un groupe d'individus liés par un attachement émotif profond et un sentiment d'appartenance au groupe [ils] s'identifient comme étant 'membres de la famille' » (Lacourse, 2010). Cette définition militaire de la famille reprend de la famille « unité de reproduction biologique » l'idée de l'unité de vie où on trouve la solidarité, le respect et le support émotif. La famille militaire est ainsi une unité d'appui très importante pour le militaire, en ce que le soutien social constitué au sein des FAC devient un élément essentiel dans le processus d'identification et de guérison d'un militaire souffrant de BSO.

La famille d'un militaire ayant subi une BSO est directement affectée par cette condition. Au retour d'une sphère de combat, un militaire peut adopter de nouveaux comportements qui sont inhabituels tels que l'agressivité, l'ignorance, la reviviscence du traumatisme, etc. Par conséquent, face aux manifestations d'une BSO, face aux changements dans le fonctionnement du membre affecté, la famille peut développer un sentiment d'impuissance et cela est susceptible de créer des dysfonctionnements au sein des membres de la famille, et accroître ainsi le niveau de stress de toute la famille. Ce stress peut également engendrer un traumatisme secondaire auprès des divers membres de la famille. Figley (1983,1995, cité dans Richardson, 2001.p.7) définit le traumatisme secondaire comme suit : les personnes vivant à proximité de victimes de traumatismes violents peuvent devenir elles-mêmes des victimes indirectes de ce traumatisme, cela peut aboutir à un ensemble de symptômes et de réactions de BSO.

Ces recherches (Galovsky, Lyons, 2004; Fikretoglu, 2008; Caselli, Motta et Motta, 1995) montrent que la famille dont le membre militaire souffre de BSO, plus particulièrement les enfants, est plus sujette à développer un traumatisme secondaire. Ce second traumatisme auprès des enfants varie en fonction des symptômes observés chez le parent blessé. Par exemple, la réaction d'un enfant qui voit le parent revivre un traumatisme sera différente que sa réaction vis-à-vis un parent qui manifeste une dépendance à l'alcool. L'âge de l'enfant est également un facteur à considérer, les

enfants ne sont pas tous au même niveau de compréhension et ne vont donc pas réagir de la même manière au comportement du parent blessé. De même, la réaction d'un enfant sera différente de la réaction d'un adolescent. Dans ces conditions, le traumatisme secondaire peut se manifester de différentes manières; par la consommation de substances, par l'automutilation, la violence, l'anxiété, le trouble de comportement, le retrait, etc. (Fikretoglu, 2008; Caselli et Motta, 1995, Ander, 2007).

Anders (2007) relate une étude qui a été faite dans une école sur la base de Petawawa en Ontario. Lorsqu'un grand nombre de soldats étaient en Afghanistan, les professeurs ont rapporté que les enfants avaient davantage de difficulté avec leur travail scolaire, ils étaient plus agités et ils avaient un haut niveau de stress. Également, Galovski et Lyons (2004) mentionnent que 23% des enfants de militaires souffrant de BSO bénéficient de traitements psychiatriques. En ce qui concerne les effets du traumatisme secondaire auprès des partenaires¹⁰, il est généralement de l'ordre de la santé mentale, tel que l'anxiété, la dépression, problèmes de sommeil. (Galovsky, Lyons, 2003; Fikretoglu, 2008; Caselli, Motta et Motta, 1995). Galovski et Lyons 2004 mentionnent que 70% des couples dont un membre souffre de BSO vivent une relation de détresse, comparativement à 30% des couples qui n'ont pas de BSO. La détresse du couple se manifeste généralement par une régression de la dimension intime de la relation. Une BSO fait souvent en sorte que la personne affectée a de la difficulté à exprimer ses émotions, à se confier à son partenaire, l'intimité tend alors à s'effriter et à disparaître. La qualité de la relation se détériore donc de manière importante, l'individu retire moins de satisfaction avec le partenaire, la cohésion du couple s'affaiblit (Fikretoglu, Deniz, 2008), au point de pouvoir mener à la séparation, voire au divorce.

Les études documentent en effet une augmentation du taux de divorce des couples lorsqu'un partenaire souffre d'une BSO. Dans un rapport préparé pour le ministère de la Défense nationale de la France (2010) Le Page et Bensoussan, ont trouvé que le taux de

¹⁰ Partenaires englobe toutes les formes de relation de couples, sans distinction aucune sur la forme du couple ou le sexe du partenaire

divorce au sein des couples militaires a doublé de 2001 à 2009. Selon Fikretoglu (2008), la probabilité de divorcer deux fois ou plus est trois fois plus élevée pour le vétéran avec une BSO que pour un vétéran sans BSO.

La violence conjugale, qu'elle soit physique ou verbale, est également plus élevée en présence d'une BSO. Les anciens combattants du Canada mentionnent que la colère est une des caractéristiques courantes de la BSO : « [...] les sujets se sentent irritables et prompts à s'emporter contre eux-mêmes, contre ceux qui les entourent et contre le monde en général. » (2008, p.5) Malheureusement, cette colère se transpose souvent à l'endroit du partenaire, et ce à divers degrés, selon le niveau de sévérité de la BSO. Dans ces conditions, les partenaires de militaires seraient jusqu'à cinq fois plus sujets à vivre de la violence conjugale que les partenaires dont le travail est dans le domaine civil (Mercier, 2000, cité dans Régimbald, et Deslauriers. 2010, p.189) Les comportements conjugaux violents sont aussi très nombreux : une étude souligne que jusqu'à 50 % des militaires souffrant de BSO violenteraient leurs femmes (Galovsky et Lyons, 2004). Toutefois, il faut souligner que le cycle de la violence conjugale serait différent du cycle observé auprès des couples où aucun des partenaires ne souffre de BSO : l'aide serait plus rapidement recherchée, soit après un ou deux épisodes de violence.

Ainsi, si la famille est souvent la première entité à constater le problème d'une BSO, elle est aussi la première à ressentir et à identifier les émotions vécues par le militaire, et sera ainsi en mesure de constater et d'évaluer la douleur de l'âme causée par la BSO et aider le militaire à chercher de l'aide.

Les recherches ont associé une diminution de l'intensité de la BSO à un niveau élevé de soutien auprès de la famille ou des pairs. Tant dans l'étude d'Anders (2007) que celle de Westwood et al, (2010), les données montrent que le support apporté par la famille ou par les frères d'armes agissent de manière à réduire les effets négatifs des symptômes des BSO. Selon Passey, la composante « soutien » est « aussi importante, voire plus importante que l'événement traumatique auquel on a été exposé. À cet égard,

selon le degré de soutien [...] l'ESPT ne se développera pas ou sera moindre » (sous-comité des anciens combattants, 2015, p.4). Robert (1990) mentionne que le soutien familial durant la première année de retour de la mission est d'une grande importance, car plus le soutien est important, moins le militaire aura tendance à développer une BSO. En effet, les membres de la famille sont les premières personnes à reconnaître les changements de comportements, d'attitude du militaire et les premières à l'aider à chercher l'aide nécessaire rapidement. En plus d'être un appui, la famille joue un rôle de protection auprès du militaire. Des auteurs (Westwood et *al.*, 2010; Anders, 2007; Firkretoglu, 2008) mentionnent qu'un militaire qui revient de mission, qui a survécu au combat, mais qui revient dans un environnement de confiance, de bien-être, ayant une relation saine avec le partenaire, aura tendance à se rétablir plus vite, en raison du facteur de protection et de la présence du partenaire.

2.8 Théorie écologique du développement humain

Comme on a noté dans le premier chapitre, l'Homme a construit son rapport au monde, par ses actions, selon l'époque, les normes, la culture, l'Homme construit son monde à partir de ses conditions contingentes. L'être humain est influencé par l'environnement dans lequel il évolue : ses agissements, ses réponses, etc., découlent de l'environnement ou le milieu de vie, à partir aussi de ses constantes interactions avec les autres. Par exemple, si une personne risque de perdre son emploi, ce stress va se répercuter dans sa vie de couple, dans sa vie familiale, avec ses amis, etc. La BSO a un important impact, à différents niveaux, sur les différentes dimensions de la vie du militaire : dans sa vie personnelle, dans sa vie de couple, dans la relation avec ses enfants, dans la relation avec ses amis, avec sa famille élargie, dans son travail, bref dans plusieurs sphères de sa vie. En même temps, l'environnement de ce dernier est influencé par ses valeurs, sa famille, ses amis, son travail, sa communauté militaire, sa communauté de vie, la population, le gouvernement, la culture, les médias, etc. Ainsi, tous ces environnements peuvent nuire ou l'aider vers la guérison. « L'Homme, en tant que genre particulier, n'échappe en rien à son destin naturel dans son rapport biologique

à la vie. Nous existons dans un milieu, nous en sommes le produit, nous répondons au monde par nos sens » (Boudreau; 2010, p.3)

Or, pour mieux aider le militaire souffrant de BSO, il faut comprendre comment les différentes instances ou niveaux de son environnement particulier interagissent avec lui, comment cet environnement influence sa BSO. Pour ce faire, nous utiliserons la théorie écologique du développement humain de Bronfenbrenner. Cette théorie montre comment fonctionne un individu dans son environnement et à quel niveau ses interactions sont fonctionnelles. Cette théorie sera également utilisée pour développer notre canevas d'entrevue et pour analyser les informations fournies par les informateurs. Finalement, nous espérons aussi pouvoir formuler certaines recommandations sur la manière d'entrevoir et de développer les services de soutiens aux militaires souffrants de BSO.

L'approche écologique part du principe que l'individu est inclus au sens précis où il est partie prenante de cet environnement. La perspective écologique considère l'être humain à la fois comme un organisme biologique et comme un être social en interaction constante avec son environnement. Ainsi, le comportement humain est influencé par les environnements physiques et sociaux, puisque ceux-ci sont interdépendants. L'environnement influence la qualité de vie de l'individu, son développement et fournit les ressources nécessaires à l'individu. Or, on peut constater que l'individu va croître en interrelation avec un ensemble de systèmes. Certains de ces systèmes sont davantage ou plus directement reliés à l'individu que d'autres, telle la famille qui est plus proche que l'État. Selon Bronfenbrenner (1979) il y a cinq systèmes qui influencent un individu définissons ces systèmes et mettons-les en parallèle avec le militaire pour bien se situer et comprendre cette théorie :

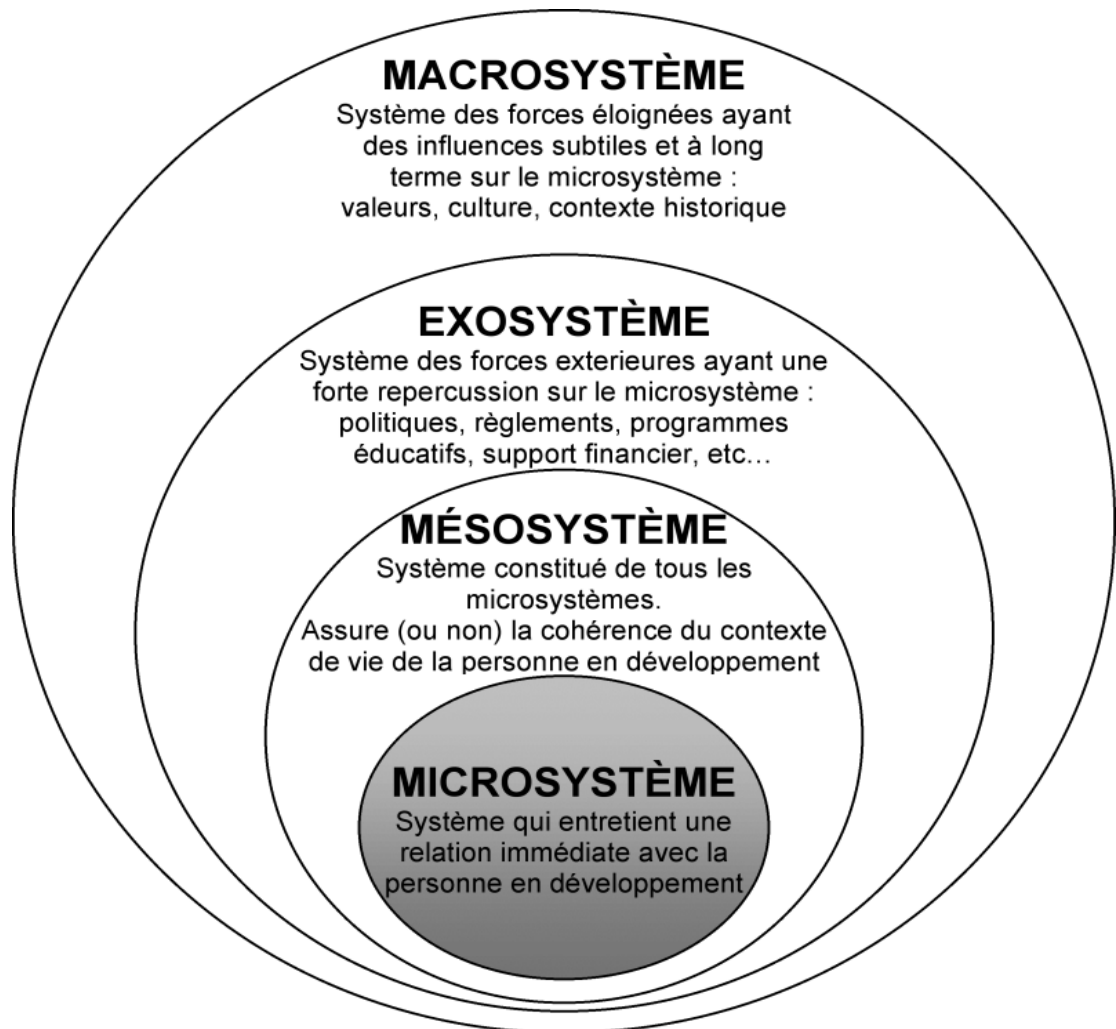
1) L'ontosystème représente les caractéristiques de l'individu, c'est la personnalité du militaire, incluant ses habiletés, ses défis, bref, c'est l'individu particulier. 2) Le microsystème renvoie au milieu de vie de l'individu, « Un microsystème est un pattern

d'activités, de rôles et de relations interpersonnelles vécu par la personne en développement dans un contexte qui possède des caractéristiques physiques et matérielles particulières ». (Bronfenbrenner, 1979, cité dans Absil, Vandoorne et Demarteau. 2012, p.5) Dans la vie du militaire, ce système réfère à sa famille, ses amis, son travail, ses voisins, sa communauté, bref toute relation directe avec lui. 3) Le mésosystème fait référence aux les interactions entre les différents microsystèmes, il occupe une part importante dans le développement de la personne, autrement dit ce sont les liens que tissent le militaire avec les autres systèmes. 4) L'exosystème correspond aux environnements dans lesquels la personne n'est pas engagée directement, l'exosystème réfère donc aux milieux qui ont une influence sur la personne, mais où les acteurs des microsystèmes ne sont pas directement influents. Du point de vue militaire, ce système comprend le gouvernement, les médias, le politique, les lois. Ce système est très influent sur sa vie, car la vie publique du militaire est encadrée par ce système, et le militaire en tant que figure institutionnelle correspond à une image sociale très forte : le militaire est une figure publique en ce que l'État utilise les militaires pour faire poursuivre sa politique par d'autres moyens (Clausewitz). Les médias ont également une grande influence sur les militaires, car ce sont eux qui sont la voie publique et qui peuvent participer, ou non, aux diverses campagnes en faveur ou contre une mission, supporter ou non l'ajout de ressources pour traiter les BSO, etc. Plus loin dans ce projet, nous allons discuter de ce système et de la grande influence qu'il a sur le moral des militaires. 5) Le macrosystème réfère aux valeurs et aux croyances des individus et il englobe l'ensemble des autres systèmes. Il s'agit des régularités (*patterns*) qui définissent les formes de la vie en société. Ce système représente la culture de la société et les valeurs qui influencent la vie du militaire. Bronfenbrenner mentionne un dernier système qui est lié au temps, soit le chronosystème. Les chronosystèmes sont constitués des temporalités de la vie d'une personne qu'il s'agisse du temps biologique, du temps de la famille, du temps de l'histoire ou du temps perçu et reconstruit par la personne (Bronfenbrenner, 1979).

La figure 1 représentant la théorie écologique du développement humain. Bronfenbrenner ne propose pas de modélisation de l'emboîtement des systèmes sous forme d'un schéma, par analogie, il décrit cette structure à une poupée russe, où les différents systèmes sont emboîtés les uns dans les autres. Ainsi, cette figure illustre bien la relation que l'individu, ici le militaire, entretient à son environnement.

Un militaire souffrant d'une BSO rencontre des effets négatifs qui se répartissent dans plusieurs sphères de sa vie le partenaire, les enfants, le travail, la santé mentale, les activités, la communauté, etc., mais ce sont aussi ces environnements qui influencent sa BSO. Alors, regardons les programmes mis en place pour aider ces derniers.

Figure 1
Schéma représentatif de l'approche écologique de Bronfenbrenner¹¹



¹¹ Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la santé
G. Absil., Demarteau, M., et C. Vandoorne, 2012, p.8

CHAPITRE 3

LES PROGRAMMES DE SOINS DES FAC

Tout comme les Forces armées canadiennes (FAC) sont tenues responsables de soigner les blessures physiques de la guerre, elles sont depuis peu de temps tenu responsables de soigner les blessures psychiques de la guerre. Car tel n'a pas toujours été le cas. La préoccupation de la santé mentale auprès des FAC prend de l'importance après 2004. L'ombudsman des FAC, M. Pierre Daigle, a relevé dans son rapport de 2012 intitulé *Ténacité dans l'adversité: Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*, que les soins et les traitements offerts aux membres des FAC qui souffrent d'une BSO se sont améliorés depuis 2008. Il affirmait que la situation était déjà bien meilleure qu'en 2002. Dans un document s'adressant à la fois à la Défense nationale et aux Forces armées canadiennes, l'ombudsman remarque qu'à partir de 2006, les ressources consacrées par les FAC à la santé mentale ont connu une forte augmentation et que les protocoles ont subi de profondes transformations, coïncidant précisément avec l'intensification de la mission des FAC en l'Afghanistan¹².

Contrairement à la situation actuelle, les militaires déployés avant 2006 ne recevaient pas tous une formation adéquate sur les BSO. Le protocole préalable au déploiement ne prévoyait qu'une évaluation psychologique, mais rien au retour de

¹² Entre 2006 et 2011, dans le cadre de l'Opération Athéna, les FAC ont assumé les tâches de reconstruction et de sécurité dans la province de Kandahar en Afghanistan. Jusqu'à 3 000 membres des FAC y ont été simultanément déployés. Entre 2002 et 2014, l'implication militaire du Canada en Afghanistan a coûté la vie à plus de 150 militaires.
<http://www.forces.gc.ca/fr/nouvelles/article.page?doc=statistiques-sur-les-morts-et-les-blesses-des-forces-canadiennes-afghanistan/hie8w9c9>

mission. Avant 2006, les programmes de soutien et de traitement aux BSO étaient intégrés dans le cadre général des programmes de santé mentale. Ces transformations majeures au protocole de déploiement ont été introduites à partir des leçons apprises lors de la mission en Afghanistan. Dans le présent chapitre, nous allons recenser et évaluer les programmes de soutien et de traitement des BSO mis en place par les FAC pour et aider les militaires et leurs familles.

3.1 Évaluation pré-déploiement

Chaque militaire est aujourd'hui soumis à un questionnaire de dépistage pré-déploiement. Ce questionnaire sert à dépister les problématiques psychosociales qui pourraient limiter la capacité opérationnelle du militaire. Ce questionnaire est généralement effectué au moment où le militaire est informé de son déploiement en mission et il est valide pour une durée d'un an. On ne connaît pas exactement la date d'implantation de ce questionnaire, mais selon nos recherches, elle daterait des années 2000. Ce questionnaire est administré par un travailleur social ou par un aumônier (*Padre* des Forces). L'aumônier peut en effet remplacer le travailleur social pour administrer le questionnaire, s'il n'y a pas de travailleur social disponible. Certains aspects du travail de l'aumônier entrecroisent ceux du travailleur social, il est d'ailleurs en contact régulier avec les travailleurs sociaux.

Le rapport d'évaluation issue du questionnaire est ensuite acheminé au commandant de l'unité du militaire. Le rapport indique soit que le militaire est apte à être déployé, soit qu'il y a un danger à le déployer, soit qu'il n'est pas apte à être déployé. Cependant, c'est le commandant de l'unité qui est responsable de la décision de permettre ou non le déploiement en mission du militaire. Il arrive qu'en dépit d'une recommandation du travailleur social de ne pas permettre le déploiement d'un militaire, le commandant

décide tout de même de le déployer en invoquant des raisons de « besoin opérationnel »¹³.

Depuis 2004, le protocole de retour de mission des militaires prévoit l'administration d'un questionnaire post-déploiement, nommé « carnet vert », ce carnet contient plusieurs courts sous-questionnaires portant sur différents aspects de la santé physique et mentale du militaire en lien avec leur récent déploiement. Ses objectifs comprennent le dépistage de problèmes potentiels que les FAC doivent garder à l'œil sur la façon dont le service militaire et les déploiements touchent chacun de leurs membres. Ce formulaire doit être rempli trois mois après le retour du déploiement pour éviter qu'il ne soit contaminé par le processus normal de digestion des événements. Autrement dit, le délai prend en considération l'importante période de transition émotionnelle du retour de mission. Ce questionnaire demeure aussi sous la responsabilité des travailleurs sociaux ou de l'aumônier.

Depuis peu, les FAC ont commencé à impliquer le partenaire dans le protocole de déploiement du militaire. S'il le désire, le partenaire peut accompagner le militaire lors de la rencontre d'évaluation pré-déploiement et sera invité à donner son opinion / avis sur la santé mentale du partenaire ou de la situation familiale.

3.2 Programme de prévention

L'année 2008 fut une année de grand changement dans l'attitude des FAC envers la santé mentale, nous l'avons dit. Depuis cette date, toutes les recrues de l'armée reçoivent une formation de base en santé mentale, ainsi que sur la manière de se protéger et de reconnaître les signes de BSO. Ce programme se nomme : *En route vers la préparation mentale* (RVPM). (Voir annexe A pour le programme complet). « Le programme de formation RVPM englobe tous les cours sur la résilience et la santé mentale qui sont intégrés dans la carrière des membres des Forces armées canadiennes, y compris ceux

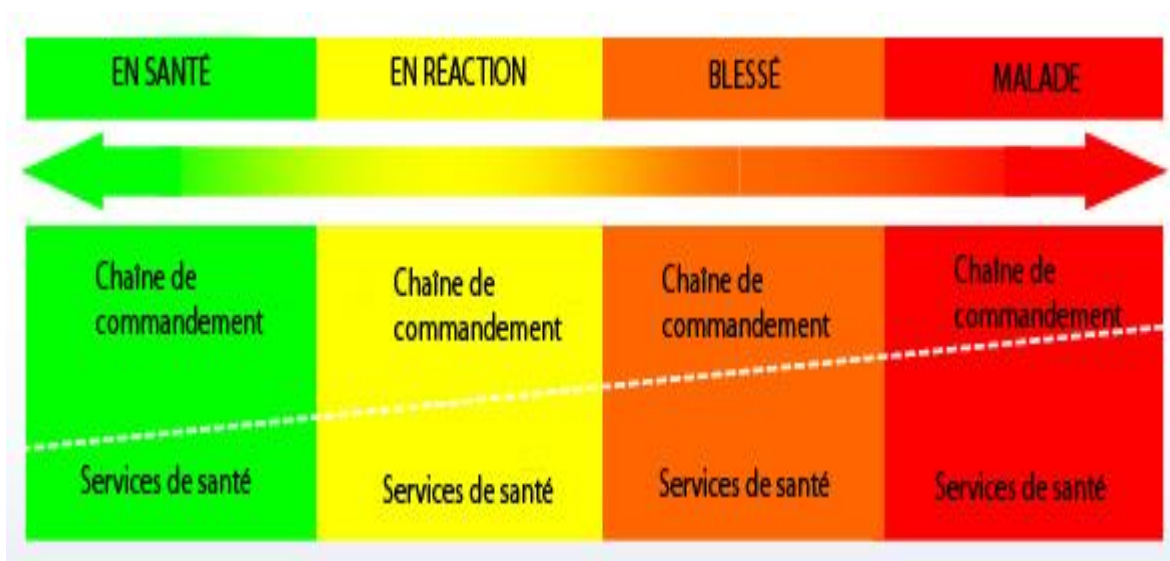
¹³ Cela signifie que le commandant a besoin de personnel pour répondre à la situation.

qui leur sont fournis dans le cadre du cycle de déploiement. ». (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2017) Les membres reçoivent cette éducation tout au long de leur carrière, et ce dès leur recrutement, toutefois les cours sont adaptés et fournis selon le rang des militaires. Lorsqu'un militaire monte en grade, il suit diverses formations devant l'éduquer au niveau de responsabilités correspondant au grade. Cela est tout particulièrement le cas pour les responsabilités au regard de la santé de leurs membres : « l'instruction qui leur est fournie quand ils accèdent à de nouvelles fonctions de chef au sein des FAC leur permet d'approfondir leurs connaissances en tirant parti des concepts qu'ils ont déjà appris. » (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2017). Par conséquent, le programme RVPM permet aux militaires d'avoir une base solide du concept de résilience et d'être ainsi outillés pour se protéger des événements traumatisants et savoir réagir s'ils suspectent que leur santé mentale ou celle d'un pair puisse être problématique.

Une des choses enseignées dans le programme RVPM est le continuum de la santé mentale. « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2016). La figure 2 présente le continuum de la santé mentale adapté de l'OMS pour les militaires. Les FAC ont adopté ce modèle pour mieux en comprendre les étapes, de manière à mieux identifier un membre en détresse. Les flèches montrent qu'il s'agit d'un continuum et qu'il est toujours possible de revenir à une situation de bien-être et à un niveau de fonctionnement normal après avoir été blessé. Les flèches montrent que plus le militaire affecté est dépisté rapidement, moins longue sera la convalescence. Ce continuum est enseigné à toutes les recrues de l'Armée. Le Modèle du continuum de la santé mentale (militaires) consiste aux quatre blocs de couleur. De gauche à droite : 1. En santé (vert), 2. En réaction (jaune), 3. Blessé (orange), 4. Malade (rouge). Il y a mouvement le long du continuum dans les deux directions : la ligne pointillée indique le niveau de responsabilité de la chaîne de commandement et des Services de santé.

Figure 2

Modèle du continuum de la santé mentale militaire



Directorat de la Santé mentale adaptée du US Marine Corps

Du point de vue des FAC, la santé et le bien-être sont la responsabilité de chacun des militaires. Toutefois, les supérieurs ont la responsabilité de leur personnel et ils ont un rôle essentiel à jouer pour le maintien de la santé de leurs membres. Même si le membre est soigné par l'équipe de santé mentale, la chaîne de commandement ne doit pas abandonner sa responsabilité à l'égard du militaire. Les dirigeants ont toujours le rôle et la responsabilité de garder le contact et de soutenir les militaires tout au long du continuum de la santé mentale. « Les leaders sont responsables de leur personnel et ont un rôle essentiel à jouer dans la prévention et la gestion de la détresse. » (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2017).

Lorsque le militaire se prépare à partir en mission, il reçoit de l'information supplémentaire préalable au déploiement. La défense nationale décrit cette formation comme une « veste pare-éclats psychologique », car la formation consiste en des

techniques de consolidation psychologiques. Lorsqu'ils enfilent leur « veste pare-éclats psychologique », pour ainsi dire, les militaires déployés utilisent les techniques apprises pour se protéger. Cette formation n'est pas une garantie de protection, mais elle est devenue un outil fort important qui « vise à accroître l'efficacité du rendement à court terme et les résultats à long terme pour la santé mentale des soldats. Il a pour but de préparer les soldats, les leaders et leurs familles à reconnaître et à relever les défis associés aux opérations de déploiement et à la séparation géographique des familles. » (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2017). Cette formation comprend trois phases avant le déploiement et trois phases après le déploiement. À la fin du programme, les militaires sont en principe capables de reconnaître les défis rencontrés lors de déploiement et l'impact qu'ils peuvent occasionner. En particulier, la formation permet au militaire de comprendre les réactions au stress, d'identifier à quel moment demander du soutien extérieur, d'apprendre et d'appliquer des stratégies pour atténuer l'impact des événements et des situations stressantes lors de déploiement.

La première phase d'enseignement est offerte en classe aux troupes en garnison au début du cycle de formation préalable au déploiement et se déroule en une journée. Durant cette journée, quatre points importants sont couverts sous neuf modules (voir Annexe A). La deuxième phase est offerte aux troupes et fait appel à une combinaison d'instruction et d'application pratique pendant les exercices opérationnels. Ainsi, les militaires reçoivent un aide-mémoire qui contient en autres les quatre points importants de la phase 1 (voir Annexe B). La troisième phase est offerte aux familles des membres des troupes qui se préparent au déploiement.

La phase 4 du programme est la phase dite de décompression dans un tiers lieu. Au retour de mission, les militaires sont regroupés dans un endroit déterminé où ils décompressent durant cinq jours avant de rentrer à la maison. Cette phase a été mise en place comme mesure de transition et d'atténuation à l'immense contraste physique, psychologique et social qui existe entre le contexte de déploiement militaire et le

contexte familial. Ainsi, durant cette phase les militaires reçoivent deux jours de formation de retour (voir Annexe A.). Durant cette transition, des professionnels de la santé sont présents pour soutenir, conseiller et dépister les personnes pouvant souffrir d'une BSO. « Le but fondamental de l'instruction est de faciliter le processus de réintégration en renforçant les stratégies d'auto-assistance et en aidant ceux qui ont davantage de problèmes graves à obtenir des soins efficaces dès que possible ». (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2017)

La phase 5 du programme s'adresse à la famille, elle est également dite de décompression à la maison. Elle est en quelque sorte la phase miroir pour la famille de la phase 4 des militaires qui reviennent de mission.

La phase 6 consiste en une évaluation post déploiement : tous les militaires déployés devraient se soumettre à des entrevues de suivi, entre trois et quatre mois après le retour au Canada. Cette évaluation est un protocole de dépistage qui vise à repérer les militaires en besoin d'aide psychologique et à les diriger vers les programmes appropriés. « Il s'agit d'un processus de dépistage et non pas de diagnostic ni de traitement. Il faut repérer ceux qui ont besoin d'une évaluation plus poussée ou de soins, tout en améliorant de façon systématique la qualité des soins offerts à l'ensemble des militaires revenant d'un déploiement. » (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2018). Les militaires déployés pour de courtes périodes (moins de 60 jours) ne se soumettent pas à cette évaluation. Voici le processus de ces entrevues.

Globalement, le processus comprend les étapes suivantes¹⁴ :

1. Le militaire a droit à une séance d'information au moment où il reçoit la brochure du sondage, pour le guider quant au processus, à l'identité de l'intervieweur, à la politique sur la confidentialité et au suivi du processus.

¹⁴ Défense nationale et les Forces armées canadiennes : <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm-deploiement/depistage-postdeploiement-ameliore.page>

2. Le militaire remplit un questionnaire d'une vingtaine de minutes qui contient des instruments standardisés d'évaluation de la santé mentale et physique.
3. Les réponses sont entrées dans un fichier Excel qui permet de compiler et de résumer les résultats.
4. L'intervieweur examine le rapport d'enquête.
5. L'intervieweur réalise une entrevue semi-structurée avec le militaire; le militaire peut venir à l'entrevue accompagnée de son (sa) conjoint(e). Les entrevues durent de 20 à 45 minutes.
6. L'intervieweur peut recommander une évaluation ou un traitement de suivi.
7. Six ou huit semaines après l'entrevue, le registre des rendez-vous est examiné pour vérifier si ceux à qui un suivi a été recommandé s'y sont prêtés. Si des militaires souffrant de problèmes sérieux n'ont pas été suivis, on communique avec eux pour déterminer s'ils ont encore besoin de soins.

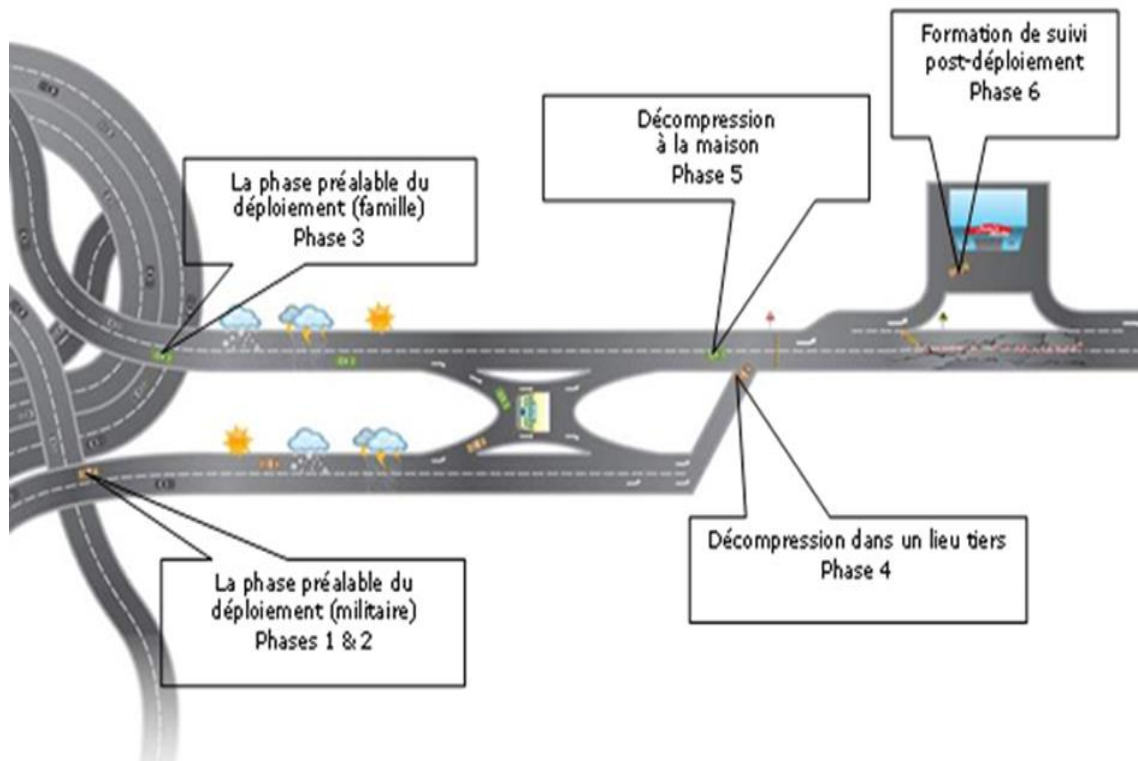
Comme nous venons de le mentionner, la troisième et la cinquième phase de la formation sont offertes aux familles. Le contenu de cette formation est semblable à celle que reçoit le militaire, mais elle est davantage axée sur les formes de stress particuliers qui pourraient être ressentis par la famille lors du déploiement et lors du retour de déploiement du partenaire. Ces formations sont offertes soit dans un centre de ressources pour la famille ou sur internet. Ces formations ne sont pas obligatoires.

Malgré l'effort des FAC pour informer et outiller les familles sur la nature et les conséquences d'une BSO, toutes les familles n'y participent pas. Ainsi, les personnes impliquées ne connaissent pas nécessairement l'existence des formations RVPM, ou ne comprennent pas nécessairement l'importance de ces formations. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces faiblesses du RVPM. Par exemple, toutes les personnes concernées ne sont pas nécessairement en mesure de se déplacer pour assister aux formations, elles peuvent ne pas avoir accès à internet ou ne sont pas nécessairement capables de suivre une formation en ligne : le virtuel de l'internet n'est pas du tout

équivalent à « être là », lors d'une formation en face à face. Il reste donc un important travail de sensibilisation à effectuer, à la fois envers les familles quant à l'importance des sessions de formation autour des BSO et envers les FAC pour encourager et faciliter l'implication de tous.

La figure 3 permet de visualiser le cheminement que vivent la famille et le militaire lors d'un déploiement. La Défense nationale et les Forces armées canadiennes l'ont illustré sous la forme d'une autoroute. En effet, lorsque le conjoint est déployé, il se peut que son déploiement soit long et qu'il puisse comporter des zones de turbulences. En référant à ce tableau et en consultant diverses autres informations fournies par les FAC, la famille peut comprendre l'itinéraire de la personne déployée : ses entraînements, ses dates de congés, etc.

La figure 3
L'autoroute de déploiement -MDN/FAC –
Directorat de la Santé mentale (2017)



Aussi, dans la continuité de l'analogie de l'autoroute, tous comprennent que personne ne contrôle les imprévus, tels les conditions routières et climatiques, les embouteillages, les accidents, etc. Ainsi, pour que tous arrivent à destination, chacun doit comprendre ces paramètres généraux du déploiement. Telle est la raison des séances de formation : outiller toutes les personnes impliquées et affectées de près ou de plus loin au déroulement et aux conséquences d'un déploiement. Pour plus d'explications concernant le programme RVPM se référer à l'annexe A.

3.3 Programmes existants pour aider les militaires ayant une BSO et la famille

La vie d'un militaire n'est pas toujours facile, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents. Celui-ci peut souffrir BSO, qui génère souvent d'autres problèmes tels que l'anxiété, une dépendance, une difficulté au travail, dans le couple, etc. Également, lorsqu'une personne décide de vivre avec un militaire et de fonder une famille, cette dernière doit développer des ressources particulières et adaptées au cheminement singulier de la vie militaire. La vie de couple avec un membre des FAC est différente de la vie de couple civile. Le conjoint non militaire doit s'attendre à vivre de longs moments séparés lorsque le conjoint militaire est en formation, en exercice ou en déploiements et les déménagements sont nombreux. Les FAC favorisent donc l'acquisition de ressources pour aider les conjoints de militaires et leurs familles à vivre ces conditions de vie conjugale difficiles. La section qui suit présente ces principaux services de support psychologique et social offerts par les FAC.

3.3.1 Centres de soutien pour trauma et stress opérationnel (CSTSO)¹⁵

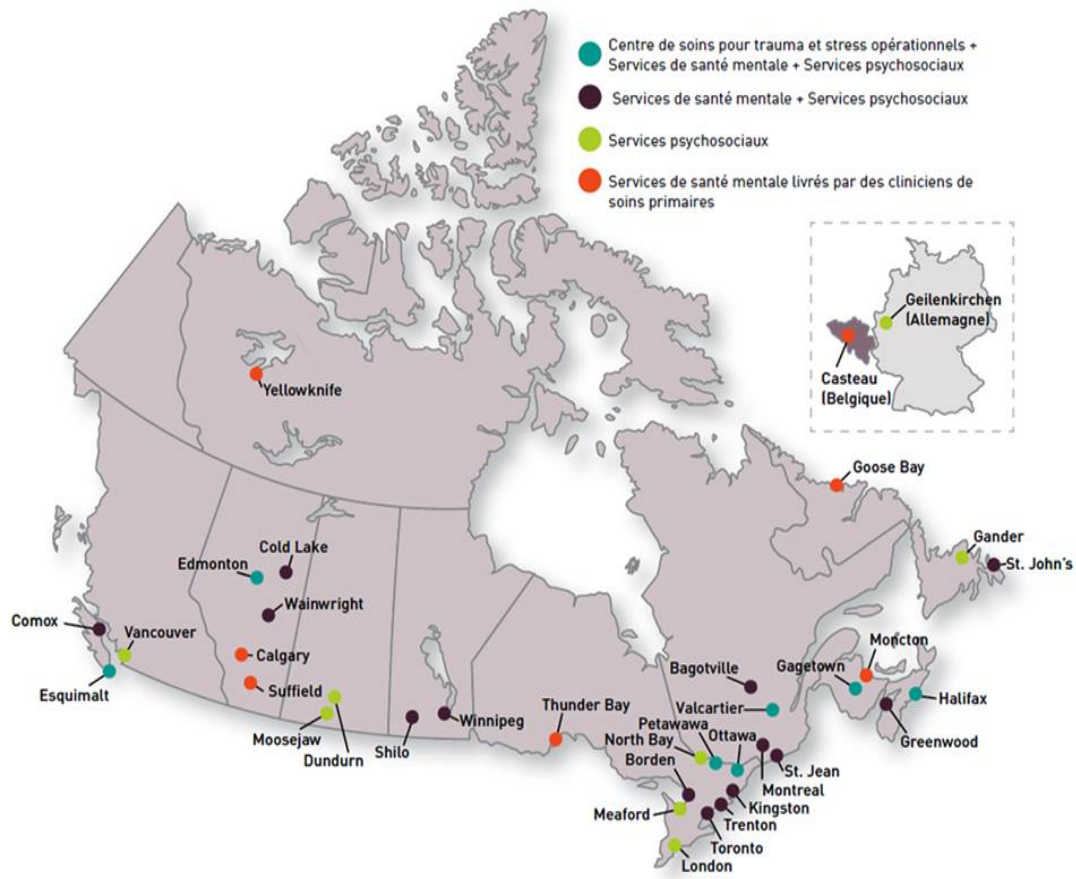
Comme mentionné plus haut, il y a eu une évolution considérable dans la mise en place de programmes d'aide et de support psychologiques aux membres des Forces armées qui sont déployées en sphère de combat depuis 2006. Mais déjà, une décennie plus tôt, des Centres de soutien pour traumatisme et stress opérationnel (CSTSO) ont été mis sur pied pour offrir des évaluations, des thérapies individuelles et des thérapies de groupes à l'intention des militaires qui éprouvent des difficultés liées à l'exercice de leurs fonctions. En effet, à partir de la fin des années 1990, lorsqu'un membre souffre d'une BSO, le ministère de la Défense dirige cette personne dans un centre de soutien pour traumatisme et stress opérationnel (CSTSO), pour une évaluation et une rééducation.

¹⁵ Voir : Défense nationale et les Forces armées canadiennes <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-mentale/index.page#cstso>

Ces centres offrent des évaluations, des thérapies individuelles et de groupes à l'intention des militaires qui éprouvent des difficultés liées à l'exercice de leurs fonctions. Cependant, ces centres ne sont présents que sur certaines bases, parmi lesquelles, Edmonton, Esquimalt, Halifax, Ottawa, Valcartier. Les militaires en besoin dont la base ne jouit pas des services d'un CSTSO doivent être dirigés vers un centre loin de la base d'appartenance, processus paradoxal qui force le militaire à vivre cette période difficile loin de la famille. Si les CSTSO répondent bien à la demande en matière de santé mentale, la cadence des engagements militaires du gouvernement du Canada en Bosnie, en Croatie, au Rwanda, en Somalie et lors de la première guerre du Golfe a fortement intensifié les opérations des FAC et ses besoins en matière de support psychologique. Le rythme des opérations s'est encore accru avec le déploiement de troupes en Afghanistan en 2006. Par conséquent, l'augmentation des demandes de traitements et de services a alors généré une importante liste d'attente à l'obtention d'une place de traitement dans un des CSTSO. Le ministère de la Défense nationale a alors investi de fortes sommes pour former des psychiatres et des psychologues devant intervenir sur chacune des bases des FAC au Canada, de manière à procéder rapidement aux évaluations et aux soins des militaires en besoin d'aide, sans que ces derniers aient à se déplacer loin de leurs familles¹⁶.

¹⁶ Depuis 2014, deux nouveaux CSTSO ont été mis sur pied, un à Gagetown au Nouveau-Brunswick et l'autre à Petawawa en Ontario. Un autre centre est en construction (2017) sur la base de Borden en Ontario. On remarque également la présence de service de santé mentale dans les deux bases de décompressions où séjournent les militaires au retour de mission.

Figure 4
Services de santé mentale à travers le Canada.
Défense nationale et les Forces armées canadiennes (2017)



3.3.2 Centres de santé des Forces armées canadiennes.¹⁷

Chacune des bases militaires au Canada jouit des services d'un hôpital comprenant un travailleur social d'urgence, des infirmières spécialisées en santé mentale, des médecins civils et militaires, capable notamment de répondre aux situations de crise. Chaque base dispose également d'une clinique de soins de santé mentale, qui regroupe

¹⁷ Voir Défense nationale et les Forces armées canadiennes <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-mentale/index.page>

deux programmes; le programme psychosocial et le programme de santé mentale. « Les principaux fournisseurs de services de santé mentale à l'intention des membres des FAC se trouvent dans le Groupe des Services de santé des FC. » (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2017). Lors de déploiement, les membres des FAC se voient également offrir un soutien en santé mentale par l'entremise de cliniciens spécialisés en santé mentale ou médecins généralistes.

3.3.3 Programme psychosocial¹⁸

Le programme psychosocial est volontaire et il est offert autant aux familles qu'aux membres. Il est constitué de travailleurs sociaux, d'infirmières spécialisées en santé mentale et de conseillères en toxicomanie et en dépendance au jeu. Les membres et leurs familles ont un accès direct, et sans rendez-vous à ce programme. Pas besoin d'être référé par un médecin ayant diagnostiqué un quelconque problème à traiter. Cet accès direct aux services constitue une force de ce programme. Les services offerts sont; du counseling à court terme pour divers problèmes, l'intervention en situation de crise, la consultation en matière de toxicomanie et de dépendance au jeu et un service d'information psycho éducationnelle. De plus, c'est par l'entremise de ce programme que les militaires reçoivent leur évaluation pré-déploiement et leur évaluation post-déploiement mentionné ci-dessus.

3.3.4 Programme de santé mentale¹⁹

Le Programme de santé mentale s'adresse uniquement aux militaires, il est constitué de psychiatres, de psychologues, de travailleuses sociales, d'infirmières spécialisées en santé mentale, de conseillères en toxicomanie et en dépendance au jeu et d'aumôniers des services de santé. Pour avoir accès à ce programme, le membre doit avoir été référé par un médecin. Cette référence est généralement obtenue lors de l'évaluation effectuée

¹⁸ Voir Défense nationale et les Forces armées canadiennes <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-mentale/index.page>

¹⁹ Voir Défense nationale et les Forces armées canadiennes <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-mentale/index.page>

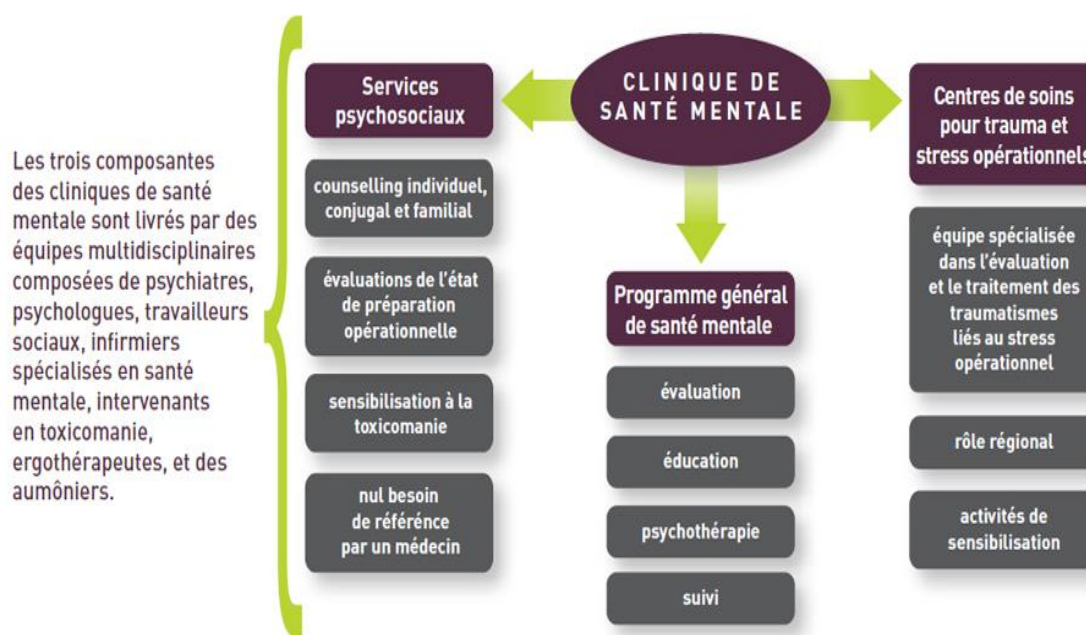
au retour d'un déploiement. Ce programme comprend trois différents services. Le Programme de santé mentale général, qui englobe l'évaluation, un traitement individuel ou en groupes de ceux qui souffrent de divers problèmes de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété, l'inquiétude excessive, etc. Le Programme de soutien pour traumatisme et stress opérationnels, offre un service d'évaluation, ainsi que des traitements individuels ou de groupes pour les militaires souffrant de stress opérationnel. Ce programme fournit également du support aux militaires en service actif et à leurs familles qui vivent des problèmes liés aux opérations militaires, lors de déploiement. Finalement, le Programme de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, qui offre des services d'évaluation et des traitements individuels aux personnes ayant une dépendance à l'alcool ou à une drogue de choix ou d'autres comportements compulsifs. Selon le besoin, les militaires peuvent bénéficier d'un traitement en services de consultations externes ou en établissement fermé. Les militaires ont également droit à un service de suivi d'une année à la suite du traitement.

Lorsqu'un service de santé mentale n'est pas disponible à l'hôpital d'une base des FAC, celles-ci sont dans l'obligation de diriger les militaires en besoin de soins vers un service de soin civil approprié. Cependant, au besoin, les militaires en besoin de soins ont accès à divers spécialistes en garnison ou à l'externe. Il est important de souligner que le personnel soignant des hôpitaux situés sur les bases militaires est composé de médecins militaires et des médecins civils, qui ne sont généralement pas spécialisés en santé mentale.

La décision de soustraire un membre des FAC de son travail appartient au corps médical militaire, et ce dernier fonctionne également à partir des préoccupations opérationnelles des FAC, ce qui peut engendrer un important potentiel de conflit : la santé mentale des militaires pourrait être secondarisée au regard des besoins

opérationnels des FAC.²⁰ Le médecin militaire travaille pour la même organisation que le blessé, ainsi il a des tâches centrées sur l'aspect opérationnel qui peut faire paraître un manque d'objectivité de sa part et que l'on ne retrouve pas auprès d'un médecin civil. Ici on ne remet pas nécessairement en doute le niveau d'objectivité du médecin, car il n'a pas de gain à retenir au travail un militaire inapte, mais on se penche plutôt sur la pression que l'employeur peut générer et également la spécialisation en santé mentale. Nous analyserons davantage ce point dans le chapitre de discussion. La figure 5 illustre le fonctionnement des trois services décrits ci-dessus.

Figure 5
Les trois composantes des cliniques de santé mentale-
Défense nationale et les Forces armées canadiennes (2017)



²⁰ Lors de la collecte de donnée, une infirmière travaillant en santé mentale a raconté un jour être allée voir le médecin à propos d'une patiente qui semblait ne pouvoir être en mesure de retourner au travail. Cette dernière tremblait de peur et elle ne voulait plus porter l'uniforme. L'infirmière a alors recommandé au médecin l'inaptitude au travail de la patiente. Mais le médecin a refusé et a obligé le retour au travail de la patiente.

3.3.5 Soutien social en ce qui a trait aux blessures de stress opérationnel (SSBSO)²¹

Le Programme soutien social en ce qui a trait aux blessures de stress opérationnel est un partenariat entre le ministère de la Défense nationale et ancien Combattant Canada (ACC). Il a été créé en 2001, il consiste en un soutien par les pairs offerts aux militaires des Forces canadiennes, aux anciens combattants et aux membres de leurs familles. Les membres actifs et retraités des FAC, ainsi que les membres de leur famille, qui ont été touchés par une BSO, diagnostiqué ou non, peuvent aller trouver de l'aide auprès d'une personne travaillant à SSBSO. Aucune référence médicale n'est requise pour accéder à ce programme. Le SSBSO comprend des coordonnateurs et des bénévoles qui sont d'anciens militaires, des membres de familles d'anciens combattants ou des militaires actifs. Il y a généralement des bénévoles dans toutes les bases, mais ce ne sont pas toutes les bases qui bénéficient de la présence des coordonnateurs. Cependant, le programme est en processus d'embauche pour pourvoir à la présence d'un coordonnateur sur chacune des bases. De plus, les bénévoles et les coordonnateurs ont généralement vécu l'expérience d'une blessure liée au stress opérationnel et comprennent de manière concrète l'étendue et la profondeur de ses impacts potentiels. Ainsi, le dialogue entre aidant et aidé est plus facile à établir, et l'aidé à se sent alors moins jugé et mieux comprise. « Le fait de faire tomber les barrières de la stigmatisation et de fournir un soutien social a permis à de nombreux militaires, anciens combattants et membres de leur famille à demander l'aide dont ils avaient besoin » (Assisto, 2017).

Le rôle du bénévole ou du coordonnateur de ce programme auprès des militaires est d'accompagner, d'écouter, d'éduquer et de référer, au besoin les membres souffrants. Donc, lorsqu'un militaire vit une période difficile et qu'il ne veut pas se rendre à l'hôpital, il peut appeler un bénévole de ce programme et prendre rendez-vous pour parler, dans un lieu informel, par exemple au Tim Hortons, là où on ne se sent

²¹ Voir Soutien social des blessures de stress opérationnel <http://assisto.ca/ressource/soutien-social-blessures-de-stress-operationnel-familles-militaires-veterans/> ainsi qu'une brochure du soutien social blessure stress opérationnel

habituellement pas en lieu de traitement. Ces rencontres de discussion informelles se tiennent généralement une à deux fois par semaine. Les bénévoles sont formés pour amener progressivement le militaire à rencontrer un professionnel, la personne aidante guidant la personne aidée vers le spécialiste approprié : travailleuse sociale, psychologue, psychiatre, aumônier, intervenant en toxicomanie, selon le cas. La personne aidante peut aussi accompagner la personne aidée dans ses rencontres avec le professionnel de la santé. Le mandat du bénévole ou du coordonnateur est d'aider, en renforçant et en maintenant le lien de confiance, le respect, la confidentialité et l'empathie. « Le but est de veiller à ce que lorsque des pairs tendent la main pour obtenir du soutien par les pairs, ils puissent profiter des avantages des programmes et services existants pouvant les aider dans leur rétablissement » (Assisto, 2017). Toutes les informations issues de ce programme sont confidentielles, c'est-à-dire que rien ne relevant spécifiquement de ce programme n'apparaît au dossier personnel de la personne aidée. De plus, lorsqu'un militaire est transféré, son dossier n'est transmis au coordonnateur de l'autre base qu'avec l'accord de l'aidée. Ce programme offre également des sessions de groupes qui visent l'échange et le partage d'expériences vécu lors du déploiement, pour toutes les personnes qui veulent participer lors du retour au pays. Ce programme aide les personnes touchées à retrouver une meilleure qualité de vie.

Les coordonnateurs du SSBSO du soutien aux familles aident les familles en fournissant des informations sur les BSO. Ils ont de bons réseaux de ressources communautaires, ils savent où obtenir de l'information utile et où trouver des outils qui aident à faire face aux symptômes des proches. De plus, ils participent aux soins de la famille, tout en respectant le rythme de la personne aidée. Ainsi, le mandat du coordonnateur consiste à aider, en renforçant et en maintenant le lien de confiance, le respect, la confidentialité et l'empathie. « Ils peuvent être source d'espoir et d'acceptation, car ils ont déjà été dans une situation similaire à la vôtre. » (SSBSO, 2017)

3.3.6 Unité interarmées de soutien du personnel (UISP) et centres intégrés de soutien du personnel (CISP)²²

Un militaire souffrant de problème de santé physique ou mentale qui limite sa pleine participation à son métier, est référé à une Unité interarmées de soutien du personnel (UISP). Cependant, c'est seulement après un processus plutôt long (cela peut prendre des mois ou des années pour y accéder) et rigoureux que le militaire peut avoir accès à ce programme. L'UISP est une unité des Forces canadiennes qui « offre des programmes et du soutien administratif personnalisés aux militaires malades ou blessés de la Force régulière et de la Réserve des FAC dont la condition médicale les empêche de reprendre leur poste régulier pendant six mois ou plus » (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2017). Vingt-quatre Centres intégrés de soutien du personnel (CISP) et sept centres satellites, situés sur la plupart des bases à travers le Canada forment l'UISP. Une UISP peut être comparée à un guichet unique regroupant les services offerts par les FAC et par les ACC aux militaires et leurs familles. Ces CISP comprennent trois grandes composantes; une section de services, un peloton de soutien des services et des organismes partenaires militaires, tel que les ACC, l'officier de liaison. Les sept sites satellites fournissent un contact personnel et du soutien aux militaires actifs ou à la retraite, aux familles de ces derniers, de même qu'aux familles endeuillées. Durant la période de rétablissement, les militaires doivent avoir une direction, une supervision ciblée et un bon soutien administratif pour les aider et les diriger vers les ressources appropriées, de manière à maximiser leur rétention au sein des FAC. Également, les membres blessés ne sont pas obligés d'être affectés à l'UISP pour recevoir les services du CISP. Les principaux services offerts par le CISP sont; un service de défense des droits pour les militaires blessés ou malades, une aide à la mobilité, un programme de soutien par les pairs, une coordination du retour au travail, un programme adapté de

²² Voir Défense nationale et les Forces armées canadiennes <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-soutien-soutien-aux-blesses/coordonnes.page>
Brochure de la défense nationale

conditionnement physique, un service de transition et un soutien administratif pour les familles endeuillées.

*3.3.7 Programme d'aide aux membres des Forces armées canadiennes (PAMFC)*²³

Ce programme offre un service confidentiel pour aider les militaires et leurs familles qui vivent des problèmes personnels, émotionnels, de relations interpersonnelles, familiales et conjugales, de stress, etc. Ce programme s'adresse à des problèmes qui affectent le bien-être ou le rendement de travail des militaires. Le PAMFC a été mis sur pied par les FAC et il est accessible en tout temps. Cependant, ce programme se limite à fournir de l'intervention de type thérapie brève, ne dispensant que quelques séances d'intervention, jusqu'à un total de huit. Lorsqu'une aide à plus long terme ou spécialisée est requise, le militaire peut être dirigé vers une ressource professionnelle appropriée.

*3.3.8 Énergiser les Forces (ELF)*²⁴

Énergiser les Forces est un programme du ministère de la Défense nationale pour la promotion de la santé des membres des Forces armées canadiennes. ELF procure aux dirigeants et aux personnels des FAC l'information, les outils et les habiletés nécessaires pour promouvoir et améliorer la santé et le mieux-être. L'objectif de ce programme est de développer une meilleure condition physique, prévenir les blessures et avoir une bonne santé mentale. Étant donné que les militaires doivent être en bonne santé et en bonne forme physique pour travailler efficacement dans des situations difficiles, exigeantes et parfois dangereuses, ce programme a pour objectif de promouvoir une vie saine. Il porte sur quatre domaines importants liés à un mode de vie saine ; la

²³ Voir Défense nationale et les Forces armées canadiennes <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-soutien-pam/programme-aide-membres.page>

²⁴ Voir Nationale Services bien-être & moral <https://www.connexionfac.ca/Nationale/Programmes-et-Services/Programme-pour-les-familles-des-veterans/Membres-des-FAC-en-voie-de-liberation-pour-des-raisons-medicales.aspx>

sensibilisation et la prévention en matière de dépendances, la prévention des blessures et la vie active, le mieux-être nutritionnel et le mieux-être social.

3.3.9 Service de l'aumônerie (Padre)²⁵

Chacune des bases dispose d'aumôniers, ces derniers sont au service de tous les militaires et de leurs familles, peu importe que le membre ou sa famille soit croyant ou pratiquant, peu importe la religion ou la forme de spiritualité favorisée. La mission de ce service est de soutenir et de contribuer à l'efficacité des FAC dans leur ensemble, en offrant du soutien, des conseils et des services variés en matière de spiritualité. Par conséquent, lors de difficultés, tant la famille que les membres peuvent trouver de l'aide et du réconfort auprès d'un aumônier.

3.3.10 Programme des services aux familles des militaires (PSFM)²⁶

En 1984 un groupe de femmes de militaires de l'Alberta a créé un groupe pour dénoncer le manque de soutien au bien-être de la communauté militaire. En 1991, cet effort a été officialisé dans ce Programme des services aux familles des militaires. (Nationale Services bien-être & moral, 2017) « Programme de services aux familles des militaires (PSFM) Le PSFM constitue le programme communautaire de soutien à l'échelle des FAC qui fournit des services nationaux coordonnés et cohérents aux familles, ainsi qu'un cadre permettant aux familles et aux communautés d'influencer et de gérer les priorités et les services locaux. » (Nationale Services bien-être & moral, 2017) Ce programme offre des services d'éducation et de soutien en vue de promouvoir la cohésion et la résilience des familles. Le mandat du PSFM est multiple, il consiste à aider les familles des membres des FAC à gérer le stress associé aux particularités du mode de vie militaire; améliorer la qualité de vie dans les communautés des FAC en appuyant le développement personnel, familial et communautaire; encourager la

²⁵ Voir Défense nationale et les Forces armées canadiennes <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm-deploiement/ressources-membres-famille-deploiement.page#aumonerie>

²⁶ Voir Nationale Services bien-être & moral <https://www.connexionfac.ca/Nationale/A-PROPOS/Services-aux-familles-des-militaires/Le-Programme-des-services-aux-familles-des-militai.aspx>

participation active et significative des familles des membres des FAC, notamment des conjoints de militaires, à la conception, à la prestation et à l'évaluation des services qui leur sont destinés; contribuer à l'efficacité opérationnelle des FAC en consolidant les forces des familles des militaires et des communautés des FAC. Par conséquent, le programme assure la promotion et la prestation de programme et de service communautaire par le biais des services d'un personnel professionnel et de bénévoles travaillant dans des Centres de ressources pour les familles des militaires.

3.3.11 Les centres de ressources pour les familles des militaires (CRFM)²⁷

Les CRFM existent depuis plus de vingt ans, ils sont présents sur chacune des bases des FAC au Canada et dans le monde. Ce sont les CRFM qui offrent les PSFM. En date de 2017, il y a trente-deux CRFM au Canada, cinq aux États-Unis et six outre-mer. Ces centres offrent aux familles des militaires plusieurs services adaptés pour mieux aider à relever les exigences que comporte le mode de vie des familles des militaires. Les services mis en place répondent à des besoins communautaires recensés et documentés par le conseil d'administration bénévole, composé majoritairement de conjoints et d'enfants de militaires. Les membres sont élus par la communauté pour évaluer les besoins locaux afin d'offrir des services et des ressources requis, qui ne sont autrement pas accessibles dans la collectivité. (Nationale Services bien-être & moral, 2017) Chaque CRFM offre ainsi des services spécifiquement adaptés aux besoins locaux. Par exemple, le CRFM de la base de Valcartier, qui est une base de soutien (c'est-à-dire une base à partir de laquelle les unités militaires peuvent être déployées), offre des séances de formation reliée au déploiement, des activités aux familles dont le partenaire est déployé en mission, un service de conseiller en orientation, et quelques autres services. Cependant, sur la base de Borden, qui est une base d'instruction, il n'y a pas de conseiller en orientation, il y a moins de séance d'informations sur le déploiement et d'activités liées aux déploiements des partenaires.

²⁷ Voir Défense nationale et les Forces armées canadiennes <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm-deploiement/ressources-membres-famille-deploiement.page#aumonerie>

Les CRFM offrent des services autorisés du PSFM, c'est-à-dire des services que l'on retrouve dans tous les CRFM, afin de rehausser la résilience des familles des militaires, ils sont regroupés en quatre catégories. La première catégorie est le soutien parental au développement des enfants et des adolescents, elle promeut des techniques parentales positives pour améliorer les compétences parentales et favoriser le développement des enfants et des adolescents. Les professionnels qui offrent ces services peuvent diriger les familles qui ont des enfants ayant des besoins spéciaux vers des ressources spécialisées. Une des composantes de ce service est la garde des enfants en situation d'urgence, en cas d'absence pour des raisons militaires, en cas de maladie ou lors de décès.

La deuxième catégorie de services offerts par les CRMF vise le soutien à la séparation et à la réunion des familles. Les militaires doivent très souvent s'éloigner de leurs familles pour participer à des opérations militaires, à des cours ou à des déploiements. Ce qui expose les familles à de l'inquiétude et à du stress. Les composantes de ce service sont de fournir des ressources, de l'information et un soutien aux familles immédiates du membre des FAC lors des absences dans le cadre de ses fonctions. Par exemple, une des ressources que le CFRM offre dans cette catégorie est le programme d'éducation sur l'État de stress post-traumatique, cet atelier comprend six séances (voir Annexe C.) Ces services sont disponibles dans les deux langues officielles.

La troisième catégorie de services offerts par les CRMF voit au développement personnel et à intégration communautaire, les déménagements font partie intégrante du mode de vie militaire. Par conséquent, le programme de soutien aux familles facilite l'intégration des familles dans leurs nouvelles communautés, améliore la qualité de vie et appuie un développement personnel, familial et communautaire intégré. Pour ce faire, les objectifs de cette catégorie consistent à d'accueillir et à intégrer la famille dans la communauté, aider à la recherche d'emploi et d'éducation, offrir des services de langue seconde, donner de l'information et orientation et aider au développement personnel.

La quatrième catégorie de services offerts par les CRMF est la prévention, le soutien et l'intervention. Le bien-être des familles a une grande influence sur l'état d'esprit et la qualité de la préparation des militaires. Ainsi, le programme de soutien aux familles met l'accent sur la consolidation des forces des familles en offrant des services de prévention primaire. L'éducation et la prévention, les groupes d'entraide, l'évaluation, l'aiguillage et l'intervention en situation de crise ou à court terme sont des services offerts dans cette catégorie.

Le CRFM offre également un service de liaison avec les familles. Ce service est en partenariat avec le CISP. L'officier de liaison est une travailleuse sociale qui sert de lien entre les deux centres pour s'assurer que toute la gamme de services disponibles soit offerte aux familles dont le membre souffre d'une blessure ou ayant des besoins spéciaux. Les services offerts sont du counseling individuel, familial ou en groupe, la référence vers des centres de santé mentale, l'intervention individuelle brève, en groupe ou familiale, le soutien pour la famille de la région et l'accès aux programmes préventifs offerts dans la communauté. Les CRMF offrent également des services de soutien et de counseling aux familles de militaire mort au combat.

Comme nous l'avons souligné, les CRFM n'emploient pas le même nombre ni le même type de professionnels et n'offrent pas les mêmes services partout. Par exemple, le CRFM de Valcartier emploie au moins six travailleuses sociales et deux psychologues, tandis qu'au CRFM Petawawa il y a au moins dix travailleuses sociales, et tandis que le CRFM de Borden n'emploie que deux travailleuses sociales, mais aucun psychologue. Cette différence du nombre et du type de professionnels est liée à la vocation et aux divers besoins locaux des diverses bases militaires comme mentionnés ci-dessus.²⁸

²⁸ Une travailleuse sociale du CRFM de Borden m'a tout de même confié qu'elle ne suffisait pas à la demande des membres et des familles dont le militaire souffrait de BSO. Rappelons que Borden n'est pas une base de déploiement.

Conformément à la loi sur les langues officielles du Canada, les services des CRFM doivent être offerts dans les deux langues officielles du pays. Mais la réalité est que ces services ne sont pas toujours disponibles dans les deux langues officielles. Le difficile recrutement d'un personnel qualifié et bilingue qui accepte de travailler dans un organisme communautaire est un obstacle à la satisfaction de la loi. Par exemple, au CRFM de Borden, la travailleuse sociale a dû annuler la formation sur les BSO en français, car il n'y avait aucune personne en mesure de dispenser cette formation dans cette langue. Cette contrainte affecte les familles dans la satisfaction de leur besoin.

3.3.12 La ligne d'information pour les familles (LIF)²⁹

La Ligne d'information pour les familles est un service national, qui offre de l'appui pour faire face à la nature particulière du mode de vie des familles de militaire. Les conseillers de la LIF offrent des services de counseling sept jours sur sept et vingt-quatre heures par jour. Les conseillers répondent aux demandes de renseignements, d'appui et d'assurance et ils orientent les requérants vers les nombreux services à la disposition des familles des Forces armées canadiennes. Cette ligne d'information est confidentielle, personnelle et offerte dans les deux langues officielles.

3.3.13 Centres de soutien au déploiement (CSD)³⁰

La CSD offre une gamme de services à tous les membres de l'Équipe de la Défense et à leurs familles pendant l'absence prolongée d'un proche en raison d'un déploiement, d'un cours, d'une affectation, de service temporaire, ou d'une restriction imposée, c'est-à-dire lorsque le militaire doit s'absenter de sa famille pour diverses raisons. Les FAC défraient le coût du logement pour un nombre limité d'années. Les CSD offrent divers services, tels : une ligne d'assistance dite 24/7, vingt-quatre heures par jour, sept jours par semaine, des séances d'information préalable au déploiement, des séances

²⁹ Voir Défense nationale et les Forces armées canadiennes <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm-deploiement/ressources-membres-famille-deploiement.page#aumonerie>

³⁰ Voir Défense nationale et les Forces armées canadiennes <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm-deploiement/ressources-membres-famille-deploiement.page#aumonerie>

d'information sur la réintégration au sein de la famille, un centre d'emballage et d'envoi postal gratuit, la coordination des services de garde par le CRFM pendant les séances d'information, les activités familiales mensuelles lors des déploiements de longue durée, le transport d'urgence, un centre de jour, un service de coordination de vidéoconférences, une participation à tous les groupes d'aide au départ et à l'arrivée et une participation aux séances du Réseau d'entraide pour la préparation des familles. Tout comme les autres services, il s'agit d'un service bilingue.

3.3.14 Forcedelafamille.ca³¹

Le portail forcedelafamille.ca est une ressource pour les familles afin qu'elles puissent être dirigées vers un CRFM local par le biais d'un répertoire central. Ce portail sert également à la divulgation de renseignements sur les ressources disponibles à l'échelle nationale et à la divulgation de renseignements généraux à propos du Programme des services aux familles des militaires. Ce site est offert en anglais ou en français.

Conclusion

Après une brève description des programmes existants, on constate que certains des programmes sont liés et fonctionnent de concert. Par exemple, les militaires qui participent au programme de santé mentale ont accès aux services offerts par un CIPS et à l'agent de liaison des familles des bureaux du CIPS, puisque ces ressources travaillent en collaboration. Toutefois, il faut souligner qu'il y a encore certaines lacunes aux niveaux des liens entre certains programmes; ce n'est pas la totalité des programmes qui travaillent en collaboration. De plus, il serait important de porter une attention toute particulière aux services offerts lors de la période suivant le retour de théâtre opérationnel. Notons également que les programmes mis en place par les FAC constituent une reconnaissance des besoins de support émotif, psychologique et psychiatrique des militaires et de leur famille, besoins qui sont directement liés aux

³¹ Voir Force de la famille : www.forcedelafamille.ca.

particularités du métier de combattant. Comme nous l'avons mentionné dans les chapitres précédents, le nombre de suicides des militaires continus cependant d'augmenter, ainsi que le nombre de militaires souffrant de BSO. Si avant 2012, comme le soulignait l'ombudsman, « [...] certains militaires passaient toujours entre les mailles du filet et ne recevaient pas l'attention et les soins dont ils avaient besoin » (Daigle, 2012), et si la situation n'est toujours pas idéale, nous pouvons tout de même constater une nette amélioration dans la considération et le support aux militaires souffrant de BSO et à leurs familles.

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE

Avant de préciser la méthodologie utilisée pour réaliser cette recherche, nous allons mentionner à nouveau le thème et le constat de la recherche. Par la suite, nous allons décrire l'approche utilisée, la taille de l'échantillonnage, le processus de recrutement, ainsi que la technique choisie pour la collecte de donnée et méthode d'analyse.

Ce mémoire se penche sur les services offerts par les FAC auprès des militaires canadiens souffrant de BSO, de manière à évaluer si les services offerts répondent à l'ensemble de leurs besoins, plus spécifiquement lors de retours de missions. Comme nous l'avons vu dans le précédent chapitre, le MDN a mis beaucoup de programmes en place pour répondre aux nombreux besoins découlant des BSO. Une des hypothèses de cette recherche est que les programmes mis en place par le MDN présentent certaines lacunes qui pourraient être amoindries par la maximisation de la cohérence entre les nombreux programmes. Une attention toute particulière devrait être apportée à la cohésion des services offerts lors de la période suivant le retour de théâtre opérationnel. Ces questions seront discutées plus loin dans l'optique de mieux comprendre certains défis que vivent les militaires souffrant de BSO au retour de mission, de manière à de pouvoir suggérer des pistes de solutions pour améliorer l'efficacité des programmes de soutien.

4.1 L'approche qualitative

Afin de pouvoir documenter les questions soulevées ci-dessus, et tel que mentionné dans le premier chapitre, le but de cette recherche est une évaluation des besoins. Considérant que de nombreux programmes sont déjà implantés, cette évaluation avait donc en partie pour objectif de vérifier si les programmes existants répondent toujours aux besoins de santé mentale des militaires qui reviennent de mission. Nous cherchions également à comprendre s'il existait des besoins pour lesquels aucun programme ne répondait.

Pour ce faire, notre recherche s'est inscrite dans une approche qualitative. Rappelons ici que la vision à laquelle on adhère dans ce mémoire est la vision holiste, qui cadre tant avec le modèle écologique qu'avec l'approche qualitative. Comme l'indique Tard dans sa discussion des différentes méthodes d'évaluation de programme, « [...] l'approche qualitative vise à aborder le programme dans sa globalité en s'intéressant surtout à la façon dont il se réalise réellement. » (Tard et *a.*, 1997, p.54) L'approche qualitative choisie vise davantage à comprendre la manière dont les programmes fonctionnent du point de vue des usagers, qu'elle ne vise à comprendre les objectifs formels de ces programmes.

L'approche qualitative permet aux chercheurs de se pencher sur les phénomènes en profondeur et d'une façon détaillée, puisque les données recueillies ne sont pas délimitées par des catégories d'analyse prédéterminée. La méthode qualitative vise une approche élargie des problèmes sociaux et non une approche spécifique, tel que le privilégie la méthode quantitative. Mayer et *al.* (2000) indique que la méthode qualitative est souvent utilisée pour parvenir à une compréhension plus approfondie du thème abordé, ainsi que pour décrire une situation sociale, un événement, un processus ou un groupe, tel que le constitue notre thème de recherche, qui est les militaires souffrant de BSO.

Aussi, notre recherche vise à connaître l'expérience des militaires face à leur BSO et leur expérience avec les programmes mis en place par les FAC pour répondre aux exigences de soins des BSO. Notre thème de recherche en a donc appelé à une approche qualitative, car « l'accent est placé sur les perceptions et les expériences des personnes; leurs croyances, leurs émotions et leurs explications des événements sont considérées comme autant de réalités significatives » (Mayer et *al.*, 2000, p.57)

4.2 La méthode d'échantillonnage et la constitution d'échantillons

La population type de notre recherche est composée de militaires canadiens qui ont souffert ou qui souffrent d'une BSO lors d'une mission des FAC, et ce peu importe le métier qu'ils exerçaient lors du déploiement. Notre corpus est donc uniquement composé de militaires qui ont été déployés et diagnostiqués comme souffrant d'une BSO. On sait que la taille de l'échantillonnage d'une recherche qualitative n'est pas représentative de la population d'où elle est tirée. Il en va de même pour nous, le nombre de militaires de notre corpus n'est ni représentatif de la population militaire qui a effectué une mission, ni par âge, par sexe, par corps de métier, par rang, etc. Plus de 40 000 soldats ont été déployés pour la seule mission en Afghanistan, tandis que notre échantillonnage ne comprend que neuf militaires. De même, la taille de l'échantillon d'une recherche qualitative n'est pas prédéterminée dans l'atteinte de l'objectif de la recherche.

L'échantillon d'une recherche poursuivant des objectifs de nature plus qualitative peut être relativement petit, car l'objectif n'est pas de rendre compte d'une population, mais de recueillir de l'information pertinente pour mieux comprendre un phénomène. Il ne s'agit pas de refléter fidèlement la répartition des caractéristiques d'une population, mais de proposer une compréhension d'un phénomène à partir de perceptions existantes dans la population (Mongeau, 1991, p.91.)

Comme mentionné ci-dessus notre échantillon est composé de neuf militaires; cinq hommes actifs, une femme active et trois vétérans, tous âgés de quarante à cinquante ans, tous bilingues et tous étaient des membres du rang (non commissionné). Ces neuf

militaires appartenaient à des corps différents de métier ; ingénieurs de combats, fantassins, mécanicien, médicaux, et qui plus est quelques-uns ont changé de métier durant leur service. Au moment, de la recherche, six militaires étaient actifs, dont cinq étaient membres de l'Armée canadienne, et un était membre de l'Aviation royale canadienne.

Pour être éligible à participer à notre recherche, les informateurs (militaires) devaient avoir effectué au moins une mission outremer durant leur service, soit avec l'OTAN soit avec l'ONU soit avec une autre organisation. La composition de notre échantillon comprenait trois militaires qui avaient effectué cinq missions; deux militaires en ont effectué trois; trois militaires en ont fait deux; et un militaire a effectué une mission. Tous les informateurs devaient avoir été déployés au moins une fois entre 2004 et 2015, soit la période de présence de programme des FAC traitant des BSO. Le moment des déploiements des participants a varié de 1993 à 2013. Sept missions sont couvertes par les membres de notre échantillon. Sept militaires ont été déployés en Bosnie, huit militaires l'ont été en Afghanistan, deux militaires à Chypre, deux militaires en Haïti, deux militaires ont été en Israël, un militaire au Koweït et deux militaires ont été déployés en Croatie (voir le tableau 2). Au moment de notre recherche, huit militaires participants étaient basés à Borden en Ontario et un participant vivait à Québec, toutefois, au moment de leur déploiement, les militaires participants étaient basés à Gagetown (Nouveau-Brunswick), Edmonton (Alberta), Valcartier (Québec), Trenton (Ontario) et Shilo (Colombie-Britannique).

L'échantillon de cette recherche a été constitué selon la méthode non probabiliste, puisque la population choisie répond à des caractéristiques précises; militaires canadiens souffrant de BSO, ayant fait une mission outremer entre 2004 et 2015 et recrutée de manière active et spécifique. « Dans le contexte d'une démarche qualitative, les personnes (ou unités) composant l'échantillon sont généralement choisies intentionnellement pour leurs caractéristiques. » (Mongeau, 2011, p.90)

Tableau 2

Numéro des informateurs, nombre de missions accomplies et lieu de déploiement

Militaires	Chypre	Koweït	Croatie	Bosnie	Haïti	Israël	Afghanistan	Nombre de déploiement
1			1993	1995 2001	1996		2010	5
2							2008 2013	2
3				1993			2009	2
4	1992			1993 1999	1996		2007	5
5				2002 2007				2
6	1991			1993			2004	3
7				1993		2004	2007	3
8		1991	1993	1995		2004	2007	5
9							2004	1
Nombre de militaires qui ont été déployés au même endroit	2	1	2	7	2	2	8	

La procédure de recrutement de l'échantillon a été celle dite boule de neige, c'est-à-dire par contact interpersonnel qui propagera de bouche à oreille l'information de la recherche d'informateur (Mayer et *al.*, 2000). Cette technique reconnue est utile pour étudier un problème vécu auprès d'une population spéciale, limitée et connue seulement d'une minorité, telle que les militaires souffrant de BSO. (Mayer et *al.*, 2000) Le recrutement des participants a procédé à partir et en collaboration avec le coordonnateur du programme Soutien social en ce qui a trait aux blessures de stress opérationnel sur la

Base de Borden. Celui-ci s'est informé auprès des prestataires de service de leur intérêt à participer à cette recherche. La moitié des participants de cette recherche ont été recrutés auprès du coordonnateur de ce programme. Pour l'autre moitié des participants, le bouche-à-oreille s'est fait auprès de contacts personnels. C'est ainsi que le bouche-à-oreille a permis le recrutement d'un nombre approprié d'informateurs.

Patton (1990, cité dans Mayer et *al.*, 2000, p. 87) mentionne qu'il n'y a aucune règle concernant la taille de l'échantillon qualitatif, la taille varie selon ce que le chercheur veut connaître comme information : ce qui va lui être utile, l'enjeu de sa recherche, ainsi que la redondance de l'information recueillie. Denzin et Lincoln (1994, cité dans Mayer et *al.*, 2000, p. 87) spécifient que ce n'est pas tant le nombre de sujets qui compte que la qualité des données collectées. La redondance de l'information recueillie est le principe central qui guide les chercheurs dans la constitution de l'échantillon. Cette redondance est dite principe de saturation des données. Le principe de saturation indique que, lorsque la collecte des données n'apprend plus rien au chercheur, c'est-à-dire que lorsque l'information se répète d'un informateur à l'autre, lorsqu'il n'y a plus d'idées nouvelles qui émanent des entrevues, nous pouvons conclure à la saturation de l'information et cela signifie généralement que l'échantillon peut être considéré comme étant suffisamment grand pour recueillir ce qu'il y avait à recueillir. Par conséquent, le chercheur conclut qu'il a obtenu l'information qu'il cherchait (Mayer et *al.*, 2000).

Dans tous les cas, il est très difficile de déterminer à l'avance la taille d'un échantillon qualitatif, puisque l'on ne peut déterminer à l'avance la redondance des informations partagées. Dans le cas de notre recherche, lors du processus de recrutement des informateurs, nous estimions avoir besoin d'un échantillon s'étalant entre douze et quinze militaires. Cependant, après avoir complété neuf entrevues avec des militaires souffrant de BSO, nous avons estimé que notre échantillon couvrait la réalité que nous cherchions à circonscrire. On a atteint la saturation au moment où il y avait répétitions

dans les informations partagées par les militaires à l'égard des thèmes retrouvés dans le questionnaire.

4.3 La collecte des données

Pierre Mongeau (2011) mentionne qu'un des principaux outils de la collecte de données pour une recherche de nature qualitative est l'entrevue non directive, c'est-à-dire un format d'entrevue qui permet un assez grand niveau de liberté de la part de l'informateur. Il existe quatre types d'entrevues : l'entrevue dirigée, l'entrevue non dirigée, l'entrevue semi-dirigée et le récit de vie.

La méthode la plus courante et la plus appropriée à la majorité des cas est l'entrevue semi-dirigée, car elle permet d'aborder les thèmes et les questions spécifiques identifiés à partir de notre cadre théorique, tout en restant ouverte aux éléments imprévus qui pourraient être apportés par des personnes. (Mongeau, 2011, p.95)

Nous avons utilisé l'entrevue semi-dirigée appelée aussi semi-structurée comme méthode de collecte de donnée. Ce type d'instrument est particulièrement efficace dans le contexte où les connaissances sont limitées, car sa flexibilité permet à l'informateur d'exprimer librement la multitude des facettes de son vécu (Mayer et *al.*, 2000). De plus, l'entrevue semi-structurée amène les gens à élaborer plus longuement et plus en profondeur leur réponse à partir de l'importance qu'eux-mêmes y accordent.

L'intervieweur, de son côté, adoptera une attitude que l'on peut qualifier de semi-directive. En effet, il devra mettre en place les conditions favorisant chez les répondants l'expression de leur pensée, en vue d'« un accès direct à l'expérience des individus » (Savoie-Zajc, 1997; 281), tout en veillant à ce qu'ils ne s'écartent pas trop des thèmes devant être abordés. Ce type d'entrevue se prête bien à la réaction des individus à une situation dont on a précisé les différents aspects. (Mongeau, 2011, p.119)

Comme mentionné ci-haut, nous avons utilisé l'entrevue semi-dirigée ou semi-structurée pour notre collecte de donnée. Pour ce faire, nous avons élaboré un canevas d'entrevue (voir l'annexe D). Le canevas d'entrevue est constitué de onze questions ouvertes qui se déclinent en quatre thèmes principaux découlant de la question

générale de la recherche : *quels sont les besoins des militaires souffrant de BSO, lorsque ces militaires reviennent de missions?*

Les quatre thèmes cernent des réalités temporelles identiques pour tous :

- Le pré-déploiement : la préparation du militaire avant le déploiement, à savoir s'ils ont obtenu une formation sur la santé mentale, si le conjoint a été rencontré et si eux-mêmes se sentaient prêts à partir en théâtre opérationnel;
- Le déploiement : l'expérience de déploiement, y compris leurs fonctions, le type d'expérience qui a mené à des formes excessives de stress, la rencontre ou non de professionnels de la santé mentale sur le théâtre opérationnel, et comment le conjoint a vécu cette période;
- Le post-déploiement avec l'armée : l'expérience ou non de décompression, les informations et services reçus, leur participation à des programmes, le déroulement du retour dans la sphère familiale, l'aide supplémentaire demandée et reçue;
- Le post-déploiement sans l'armée : le recours ou non à des services hors de ceux offerts par les FAC, la qualité supérieure ou non de ces services en réponse à leurs besoins.

Avant chacune des entrevues, en respect des considérations éthiques de la personne, le chercheur a passé en revue un formulaire de consentement libre et éclairé auprès de l'informateur (voir annexe E). Ce document mentionne le but du projet, la direction du projet, ainsi que le nom et les coordonnées des deux personnes qui supervisent la chercheuse. Ce document décrit également le déroulement de l'entrevue et les tâches demandées aux participants, il souligne la dimension volontaire de la participation, la possibilité du retrait à tout moment de l'entrevue, et ce sans contrainte ou pression aucune, il mentionne l'anonymat et la confidentialité, la responsabilité institutionnelle de la recherche.

Considérant que les informateurs ont vécu des épisodes traumatiques, il a également été question des avantages, des risques et des inconvénients possibles à leurs participations. De plus, nous avons donné à chacun des participants une liste de personnes et lieux ressources (voir annexe F) qu'ils pouvaient consulter à la fin de l'entrevue, si besoin était. À partir du moment où le participant acceptait de participer à l'entrevue, il signait le formulaire de consentement et pouvait demander un résumé des résultats à la fin du projet. Tous les participants que nous avons rencontrés ont accepté librement de participer et aucun ne s'est retiré du projet. Notons toutefois que personne n'a demandé un résumé des résultats.

Notre collecte de donnée s'est déroulée de mai à août 2016. Les lieux des entrevues ont varié, il revenait au participant de choisir un lieu confortable à partir duquel il voulait procéder à l'entrevue. Une entrevue e eu lieu dans le bureau de travail de la chercheuse, trois entrevues dans le bureau du coordonnateur de SSBSO, deux à la maison de la chercheuse et trois à la maison de l'informateur. Ce sont également les participants qui choisissaient la date et l'heure qui leurs convenaient pour l'entrevue. La durée des entrevues a varié entre trente à quatre-vingt-dix minutes, cela ne comprenait pas l'explication du consentement éclairé. La plupart des participants, lorsqu'ils répondaient à une question, dévoilaient beaucoup plus d'informations sur leurs vécus que ce que cherchaient à cerner les questions. Souvent, l'information ajoutée répondait par anticipation aux questions suivantes, ce qui est un indice de la force du canevas d'entrevue. Alors, pour nous assurer que tous les thèmes des questions avaient été convenablement couverts, la chercheuse et l'informateur ont passé en revue chacune des questions; la chercheuse résumant les réponses et demandant à l'informateur s'il voulait ajouter ou corriger l'information. De plus, avant de conclure une entrevue, la chercheuse demandait au participant ce qu'il pensait ou ce qu'il souhaitait voir se réaliser pour mieux les aider à traverser l'épreuve de leur BSO.

Avant de débiter les entrevues, la chercheuse mentionnait au participant que l'entrevue serait enregistrée et que si l'informateur nommait des noms, la confidentialité serait respectée et que les noms ne seraient ni transcrits dans le verbatim ni mentionnés dans le mémoire. Les entrevues ont été enregistrées sur microphone et par la suite, ont été transcrites en verbatim, pour servir de matériel d'analyse qualitative. Pendant l'entretien, la chercheuse a noté, dans la mesure de ses capacités, les communications non verbales significatives. Aucun des participants n'a rencontré de difficulté psychologique notable, qui aurait pu mettre fin à l'entrevue.

Toutes les données, enregistrements et verbatim, ont été entreposées sur une clé USB dans le bureau du lieu de travail de la chercheuse, sous clé dans un classeur, avec l'ordinateur portable qui a servi d'outil de travail. Un mot de passe a été attribué aux fichiers comprenant des données afin de les rendre inaccessibles. De plus, pour les fins de l'analyse, les noms des participants ont été identifiés par une lettre et un chiffre.

4.4 L'analyse des données

Dans une recherche de nature qualitative, il existe divers types d'analyse de données. Pour notre recherche, nous avons utilisé l'analyse du contenu constitué. L'analyse du contenu « est une méthode qui consiste à classer ou codifier les divers éléments d'un message dans des catégories afin de mieux en faire apparaître le sens. » (Nadeau, 1987, p.346, cité dans Mayer et *al.*, 2000, p. 161). Ce type d'analyse se décompose en trois étapes; la préanalyse, l'exploitation (ou le codage) du matériel et l'interprétation des résultats.

La première étape est la préanalyse, cette étape consiste à assembler le matériel à analyser, à l'organiser et à effectuer plusieurs lectures. « Cette 'lecture flottante', comme le dit Bardin (1986, p.126, cité dans Mayer et *al.*, 2000, p. 163), est nécessaire pour s'imprégner du matériel [...] » Ainsi, après plusieurs lectures, le lecteur acquiert une vue d'ensemble du matériel, de manière à lui permettre de dégager le sens général et à définir les principales idées qui vont orienter le travail d'analyse. Au moment de notre

préanalyse, nous avons procédé à la lecture de la totalité de nos verbatim à deux reprises. À chaque lecture, nous avons identifié, pour chacune des questions, des mots et des phrases qui avaient trait à notre objectif de la recherche. À la fin, nous avons rassemblé toute l'information en lien avec les questions.

La deuxième étape est l'exploitation, ou le codage du matériel. C'est à cette étape que l'on transforme les données brutes du texte des entrevues en unité de sens correspondant au canevas d'entrevue. À partir d'un codage, on découpe ensuite le texte en unité de sens. Cette étape permet au chercheur d'aboutir à une représentation du contenu qui permet d'éclairer des caractéristiques du texte, pour l'analyse. (Bardin, 1996) À cette étape, nous avons codé de manière manuelle les neuf entrevues. Notre code procède selon une clef à trois chiffres. Le premier chiffre du code correspond au numéro de l'informateur (1 à 9); le deuxième chiffre est le numéro de page sur laquelle se trouve l'information relatée par l'informateur dans le verbatim (1 à 11) et le dernier chiffre correspond à la question du canevas d'entrevue (1 à 11). Par exemple, la réponse de l'informateur 3 qui se trouve à la page 10 du verbatim de son entrevue et qui répondait à la question 5 du canevas se transcrit par le code 3-10-5. Par la suite, nous avons découpé le verbatim des neuf entrevues codées en onze unités de sens correspondantes au canevas, extraits que l'on a regroupés en vue de la prochaine étape qui est l'interprétation des données. Procédons maintenant à l'analyse des données.

CHAPITRE 5

RÉSULTATS DES DONNÉES

Le chapitre précédent a décrit la méthodologie employée pour la collecte de données devant fournir le matériel d'analyse pour cette recherche sur les besoins de programmes d'assistance, se soin et de supports pour les militaires souffrant d'une BSO au retour d'une mission en théâtre opérationnel. Dans le présent chapitre, nous en présentons les résultats des entrevues de militaire aux prises avec une telle situation, à travers les quatre principaux thèmes du canevas d'entrevues, et qui recouvrent les étapes de la vie d'un soldat :

- Le pré-déploiement
- Le déploiement
- Le post-déploiement avec l'armée
- Le post-déploiement sans l'armée.

Ces expériences de vie des soldats sont celles racontées par les informateurs, qui tentent de nous faire comprendre comment ils perçoivent leur vécu. Rappelons que la clef à trois chiffres du code de référence identifie, dans l'ordre, l'informateur (1 à 9); le numéro de page sur laquelle se trouve l'information relatée dans le verbatim et le numéro de la question (1 à 11). Ainsi, la réponse de l'informateur 3 qui se trouve à la page 10 du verbatim et qui répondait à la question 5 se transcrit par le code (3-10-5).

Rappelons également que notre échantillon était composé de neuf informateurs canadiens qui souffrent ou ont souffert d'une BSO; cinq hommes actifs, une femme active et trois vétérans, âgés entre 40-50 ans et tous bilingues. Les informateurs ont tous été déployés en mission outre-mer. Un informateur n'a été déployé qu'une seule fois, trois l'ont été à deux reprises, deux l'ont été à trois reprises, les trois derniers à cinq

reprises. Tous les déploiements ont eu lieu entre 2004 et 2015. Voici un tableau récapitulatif de ces informateurs, avec le lieu, l'année et le nombre de leur déploiement.

Tableau 3

Numéro des informateurs, nombre de missions accomplies et lieu de déploiement

Militaires	Chypre (1964-1994)	Koweït (1990-1997)	Croatie (1993)	Bosnie (1992-2004)	Haïti (1995-1997)	Israël (1985-2015)	Afghanistan (2001-2014)	Nombre de déploiement
1			1993	1995 2001	1996		2010	5
2							2008 2013	2
3				1993			2009	2
4	1992			1993 1999	1996		2007	5
5				2002 2007				2
6	1991			1993			2004	3
7				1993		2004	2007	3
8		1991	1993	1995		2004	2007	5
9							2004	1

Tel que l'on peut constater dans le tableau, le nombre de déploiements des informateurs varie de 1 à 5, ce qui indique déjà qu'une BSO n'est pas directement en lien avec le nombre de déploiement. L'année des missions a varié de 1991 et 2013, ainsi que les endroits de déploiement. Notons que sept informateurs sur neuf ont participé à la mission en Bosnie et huit informateurs sur neuf ont été déployés en Afghanistan, la mission où l'on a envoyé le plus de personnes depuis la Deuxième Guerre mondiale. De plus, le tableau indique les dates de toutes les missions effectuées par les informateurs, même si certaines de ces missions n'ont pas été effectuées dans le cadre temporel choisi pour notre recherche, c'est-à-dire entre 2004 et 2015. Rappelons que 2004 est l'année où les FAC ont revu son Protocole d'évaluation des BSO. Il est ainsi important de conserver

les missions pré 2004, car ces missions font partie de l'histoire de vie et d'expérience militaire des informateurs qui ont participé à notre enquête.

5.1 Le pré-déploiement

Tous les informateurs ont répondu à la première question du canevas d'entrevues à l'effet qu'ils ont rencontré une travailleuse sociale avant de partir en mission. Cependant, un des informateurs a rencontré la travailleuse sociale pour la mission de l'Afghanistan en 2007, mais pas pour la mission en 2004 en Israël, car les FAC appelaient cela un *shopping tour*, ce qui signifie « zéro santé mentale, ils appelaient ça un *shopping tour* » (7-20-1). Il faut se souvenir que dans le chapitre trois sur les programmes, nous mentionnons que l'année exacte où les FAC ont implanté le questionnaire pré déploiement est 2004. Tous les informateurs ont indiqué qu'ils ont rencontré une travailleuse sociale à partir des missions de 2004, mais aucun n'a indiqué avoir été soumis à un questionnaire pré-déploiement lors des missions pré 2004.

Aux réponses à cette question, les informateurs ont ajouté des commentaires en lien avec les questions qui leur ont été posées lors de l'évaluation pré-déploiement. Ils spécifient que les questions des questionnaires étaient axées sur les problèmes familiaux et les problèmes d'argent, ainsi que sur leur perception de leur aptitude au déploiement ou à la réintégration au contexte civil post-mission. Les questions leur semblaient très vagues et générales, le temps accordé à ces questions était très court et il semble qu'il était facile de cacher la vérité sur leur état psychologique véritable. Voici quelques réponses des informateurs qui démontrent ce qu'ils pensent de ces questions.

Bof, vagues peut-être ou trop générales. Je veux dire, je ne sais pas, moi « avez-vous des problèmes à la maison? » Bien là, des problèmes à la maison... avec mes enfants, avec mon mari, avec mes parents, avec... c'est quoi, là? Mon chien, mon chat, c'est quoi, là? [...] Bon, je ne suis pas experte en travail social, il y a des questions spécifiques qu'on peut poser, mais je n'ai jamais eu ça. Puis les entretiens que j'ai eus, bien, l'entretien que j'ai eu, bien, c'est-à-dire les deux pour les clairances, ça durait peut-être, je ne sais pas, 10 minutes dans le top. (2-3-1)

Bien, ils mettent l'emphasis plus sur le côté famille « OK, ta famille va tu être correcte avec ça? Ils vont-tu être capables de s'organiser? T'as-tu des enfants? Ils ont-tu eu des problèmes avant avec tes déploiements? » C'est ça, ce genre de questions là, ça fait que souvent, bien, tu veux aller en tour, ça fait que « oui, oui, c'est correct, c'est correct, tout est beau puis... » (6-5-1)

Puis, elle m'a demandé... J'ai dit « moi, mettez-moi : *fit* pour partir ». Je suis un fantassin. J'étais un fantassin, puis c'était la première fois que je pourrais dire, là, que j'allais faire réellement ma job. C'est sûr que je voulais partir. Ça fait qu'ils m'ont mis *fit*. Puis, ils ont tout mis qu'est-ce qui était éparpillé dans mon cerveau dans des boîtes, là. Puis, après ça, quand je suis revenu, bien on va les sortir feuille par feuille, puis on va les placer dans les classeurs. Ça fait que... » (4-10-1)

La même question demandait aux informateurs si leurs partenaires de vie participaient à cette rencontre. Huit informateurs sur neuf avaient un partenaire de vie au moment de leur déploiement et tous ont répondu qu'aucun n'a rencontré la travailleuse sociale avant leur déploiement. Cependant, deux partenaires d'informateurs ont reçu un appel de la travailleuse sociale demandant s'ils étaient d'accord à ce que leur partenaire parte en mission, au lieu de leur demander, par exemple, ce qu'ils pensaient de la disposition mentale de leur partenaire à l'égard des dangers de la mission.

Rappelons que la rencontre pré-déploiement permet la présence du partenaire de vie. Les réponses des informateurs aux questions de la travailleuse sociale nous permettent de supposer que l'absence du partenaire de vie du militaire peut nuire à son bien-être, puisque ceux-ci ne répondaient pas toujours la vérité aux questions demandées. Demander à la travailleuse sociale d'inscrire « *fit for deployment* » au dossier pour permettre le déploiement d'un militaire sans la vérification du partenaire peut occasionner des situations tragiques. Par exemple, un informateur dit avoir oublié la balle dans le chargeur de son fusil de retour au camp. Cet informateur souffrait déjà d'une BSO au moment de l'incident, mais il a tout de même été redéployé.

La deuxième question de l'entrevue demandait aux informateurs s'ils avaient bénéficié d'une session de formation sur la santé mentale. Un seul des neuf informateurs

a reçu un peu d'information sur la manière de reconnaître les signes d'une BSO avant d'être déployé. L'informateur spécifiait que l'importance était davantage mise sur les stratégies et les règles d'engagement que sur la BSO.

Santé mentale, mais c'est une période qui disait « bon, s'il y a quelque chose qui vous tracasse, parlez-en à vos conjoints, parlez-en avec quelqu'un ». Le PTSD, là, tel quel, dire « OK, c'est ça, c'est ça, c'est ça, c'est ça, c'est ça », non. (2-4-2)

Un deuxième informateur a reçu des séances d'information à la fin de la mission en Afghanistan, il indique que ces séances ressemblaient à des *briefing*, il était très vague dans sa réponse :

Mais je sais qu'en théâtre, avant de partir, il y avait des *briefings*. Il y a eu des *briefings* en Allemagne... Le post-déploiement en Allemagne, là, des... comment je pourrais dire ça... On allait en Allemagne, puis ils appellent ça une décompression, là... (1-35-2)

Il semble que les sessions de formation sur la reconnaissance des signes d'une BSO aient été d'un contenu et donc aussi d'un usage très limité. Les sept autres informateurs n'ont jamais bénéficié de formation ou de séances d'informations sur la santé mentale et la BSO.

Le manque de formation sur la reconnaissance des signes de BSO est remarquable auprès de ces informateurs. En effet, tout au long des entrevues les informateurs disaient avoir été conscients que quelque chose n'allait pas bien, mais ne pouvaient identifier la raison précise de leur malaise, jusqu'au moment où ils ont dû être pris en charge.

Lorsque je revenais des tours, je savais qu'il avait quelque chose qu'il n'allait pas, t'sé quand tu deviens impatient et tu ne sais pas pourquoi. Mais, on se dit bah ça va passer, c'est juste une mauvaise passe. Mais... (8-7-2)

Tu sais, puis c'est... au début, c'était toutes des petites choses que je me disais « bon ». On appelait ça dans le temps du *shaw shock*. Ça fait que là, tu dis « bon, ça va passer », mais... ça passait... ça passait avec de la boisson. [...] (4-20-2)

[...] j'accepte que le problème est là, je le sais qu'il est là, je l'ai reconnu voilà longtemps, puis c'est pour ça que j'ai fait vingt quelques années avant d'en parler, parce que je le savais, justement, qu'il est là. Comme j'ai dit à mon docteur, j'ai dit « regarde, je ne suis pas... je ne me sens pas que ça... » bien, ça affecte ma vie, oui, mais comme je disais, je sais que le problème est là, puis je le sais qu'il faut que je me parle souvent pour me dire « bon, sors de chez vous, fais de quoi », tu sais, pour continuer à avancer puis à progresser dans la société, si tu veux. (6-13-2)

5.2 Le déploiement

La troisième question visait à savoir si la BSO qu'avaient subie les informateurs l'avait été durant leur déploiement et, si la réponse était affirmative, elle visait à savoir s'ils avaient été pris en charge par les FAC. Nous voulions également comprendre le type de prise en charge dont avaient bénéficié les militaires. Quatre informateurs sur neuf ont dit avoir subi leur BSO ou en avoir eu conscience durant leur mission, mais personne n'a été pris en charge immédiatement. Voici quelques commentaires plutôt déchirants mentionnés durant les entrevues face à l'horreur de la guerre, comment la guerre influence directement un individu, personne ne voit sa souffrance, mais elle est bien présente.

[...] Là, tout d'un coup, bang!, après la maison, puis là, tout d'un coup, bang!, après un véhicule, puis là, ça a été comme seize heures de temps. Puis chaque bang, là, ça te coupait le souffle. Puis là, quand tu as dix-huit ans, là, puis tu viens du Canada, là, tu n'es pas prêt pour ça mentalement. Absolument pas prêt pour ça mentalement. (7-7-3)

[...] Bien là, il y a des affaires, là... il y a des affaires que j'ai vu là-bas, là, que je n'aurais dû jamais aller là. (2-16-3)

[...] quand mon copain a perdu un bras dans un accident frontal, il a été renvoyé. Moi je sais que ça m'avait affecté, le soir même, je braillais comme un bébé, tu sais, puis j'étais... Il couchait juste à côté de moi, c'était (nom du soldat), puis j'ai une photo du camion magané. (1-4-3)

J'ai vu des gars de 250 livres adultes courir en rond puis se déshabiller puis « moi, je sors d'ici », puis... moi, j'avais dix-huit ans, je pesais 100 livres, je parlais anglais, mais pas trop, j'avais le radio, puis je ne comprenais pas trop ce qui se passait là. Ça brassait fort. *Anyway*, le soleil s'est levé, puis c'est

pour ça que j'aime toujours les levers de soleil, pas les couchers de soleil, c'est que quand le soleil se lève, tu vois plus loin, tu te sens plus sécurisée, puis tu as survécu la nuit. Tu sais je veux dire? (7-7-3)

Deux des quatre informateurs ont mentionné qu'ils n'avaient personne à qui se confier, qu'il n'y avait aucun professionnel là où ils se trouvaient au moment où la blessure leur est apparue évidente. Les deux autres disent qu'il y avait des personnes pour parler, dont une travailleuse sociale et un *Padre*, mais aucun n'a voulu parler de sa blessure en raison du stigma qui lui était alors associé.

[...] le seul point de référence qu'on aurait eu ça aurait été le Padre, mais stigma étant ce qu'il est, je n'ai pas rien fait. Puis vu que je ne connaissais pas beaucoup de personnes, bien, je me suis renfloué en dedans de moi-même, puis ça a resté de même depuis ce temps-là. (5-3-3)

Spécifions que pratiquement tous les informateurs qui ont été déployés durant les années 1990 (les tours en Bosnie, à Chypre, en Croatie, au Koweït et à Haïti), ont mentionné avoir été affectés par la difficulté de ces missions, et que c'est probablement lors de ces missions qu'a commencé à se développer leur BSO. Cependant, tous n'ont reçu leur diagnostic que plus tard, car avant 2004, la stigmatisation associée à une BSO était trop importante pour en parler ouvertement.

La quatrième question du canevas visait à savoir si les membres de leur famille avaient bénéficié d'une séance d'information sur la BSO durant leur déploiement. Sur les huit informateurs qui avaient un partenaire de vie, un seul partenaire a participé à une séance d'information sur les BSO, et ce, à l'insistance de l'informateur qui a imploré son partenaire à participer. Aucun autre partenaire n'a été sollicité pour participer à séance d'information, et ce même avec l'existence du programme En route vers la préparation à la santé mentale (RVPM). Rappelons l'importance du rôle que la famille joue auprès des militaires qui reviennent de mission :

« Un soldat sans famille, ça n'existe pas », a-t-il dit. Les membres de la famille des anciens combattants ou des militaires traumatisés sont généralement les premiers à « observer les signes de difficulté ». Les

familles « sont les aidants naturels primaires ». Mais souvent, les familles ne savent pas quoi faire pour aider un proche qui souffre d'une BSO. De plus, elles « sont souvent exclues du processus [de récupération] et ne sont pas considérées comme un des éléments de l'équipe de traitement. (Sous-comité des anciens combattants, 2015, p.35)

Au lieu d'être incluse en tant qu'élément clef du protocole de signalement et de traitement d'une BSO, la famille est souvent exclue du processus, selon les dires des informateurs. De fait, les partenaires des informateurs, mis à part celui qui était célibataire, ont remarqué que quelque chose n'allait pas avec leur compagnon de vie, que leur partenaire se comportait différemment, mais aucun n'a été en mesure d'identifier ce qui se passait et personne ne pouvait les aider.

L'incompréhension d'une BSO affecte la relation de couple, car le partenaire ne sait comment agir face à un problème dont on n'a pas conscience et dont la complexité dépasse les compétences moyennes des individus non spécialistes. La discorde et les problèmes de couple s'installent alors. Deux des informateurs ont mentionné qu'ils ont changé de partenaire, car ces derniers nuisaient au lieu d'aider :

[...] Puis je m'étais séparé de ma conjointe anglophone, puis je l'avais renvoyé en B-C. Le major avait dit à mon père « il a bien fait de la renvoyer, parce que c'était un paquet de troubles! » Elle ne m'aidait pas, personnellement... (1-11-5)

En plus d'avoir eu des problèmes de couple, le militaire a perdu un principal soutien à sa guérison.

Selon ce qu'a appris le sous-comité, le soutien social constitue un élément essentiel du processus de rétablissement. Pour guérir leur BSO, les personnes qui en souffrent doivent non seulement pouvoir compter sur les fournisseurs de soins, mais également sur le soutien de leur famille et de leurs pairs. « Il est très important d'avoir une telle équipe », a souligné le Dr Sareen. M. Corneil affirme qu'« un niveau élevé de soutien social est associé à une diminution de l'intensité de l'ESPT » et d'autres types de BSO et « une récupération plus robuste ». Par ailleurs, M. Corneil souligne que « les amis et ceux qui ne sont pas des anciens combattants sont moins importants [que la famille et les camarades anciens combattants] dans le processus de récupération ». (Sous-comité des anciens combattants, 2015, p.4)

5.3 Le post-déploiement avec l'armée

5.3.1 Le retour de mission

Le protocole de retour de mission prévoit que les militaires profitent d'une semaine de décompression dans un tiers lieu, c'est-à-dire à mi-chemin entre le théâtre d'opération et le milieu familial. Cette transition est importante en ce que les militaires sont toujours entre eux, mais loin du danger et profitent de conditions pour effectuer une sorte de retour sur eux, sans conjoint, enfants, tracas quotidiens, etc. Cet élément du protocole est décrit dans la quatrième phase du programme RVPM. Le même protocole prévoit également le suivi psychologique. Il ne faut pas oublier que ce programme a été établi en 2008.

Les réponses des informateurs à la question sur le protocole de retour sont très variées. Tout d'abord, cinq d'entre eux ont dit avoir participé à la période de décompression dans un tiers lieu, conformément à la description de la quatrième phase du programme en RVPM. Quelques informateurs ont bénéficié de cette période de décompression avant même l'implantation du programme. Les endroits étaient diversifiés : Allemagne, Chypre, Dubaï et Fujairah ont été nommés. Également, un informateur a bénéficié d'une semaine de décompression au retour de sa mission en Afghanistan en 2007, mais non à son retour de mission de 2004 (7-29-5), soit lors du fameux *shopping tour* en Israël. Un autre informateur a mentionné qu'il aurait pu bénéficier d'une semaine de décompression lors de son retour de mission en 2007, mais il ne l'a pas fait en raison d'un décès dans sa famille (4-12-5). Plusieurs informateurs divergeaient d'opinion quant à l'efficacité de cette période. Souvenons-nous que cette période est une mesure de transition et d'atténuation à l'immense contraste physique, psychologique et social qui existe entre le contexte de déploiement militaire et le contexte familial (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2018). Ainsi, certains informateurs mentionnaient que cette transition les avait aidés à revenir à la maison, ils avaient trouvé que la semaine entre la mission et maison avait été bénéfique,

ils avaient eu la chance de relaxer, de pouvoir parler – débriefier - de leur expérience de mission.

Dans le centre de décompression, c'est là qu'on avait beaucoup de *briefings* par rapport au PTSD, comment ça marche, puis... C'est vraiment là qu'on en a eu. Puis là, on était à une place qu'on pouvait relaxer, qu'il n'y avait pas de bruits, rien. C'était beau, c'était des bonnes odeurs, de la bonne bouffe, puis de la bonne bière (1-37-5)

Ma décompression pour moi a aidé beaucoup, il y avait de la bonne bouffe, de la bière, on s'parlait entre nous de ce que l'on avait vécu et cela m'avait aidé, car on ne se sent pas seul, t'sé on comprend, car l'autre a vécu la même chose. En plus c'était tellement beau et calme l'endroit. Ouin... (8-18-5)

Cependant, certains disaient que c'était une perte d'argent, c'était davantage une buverie et qu'il était difficile de parler sérieusement, car ils n'y avaient pas de spécialistes en santé mentale.

Puis, je trouvais ça niaiseux la décompression, c'est une histoire d'argent. Parce que, vois-tu, moi je suis parti de là-bas, je suis descendu directement au Canada parce que ma mère était décédée. Je n'ai pas eu de décompression, je n'ai pas rien eu. Puis si j'aurais eu de quoi, puis que j'aurais été consulté, puis il aurait fallu qu'ils m'internent, exemple, pour un suivi, bien, il y aurait eu des installations, il y aurait de l'équipement. Là, à Chypre, il y avait zéro puis un bar. [...] Mais moi qu'est-ce que j'ai su, c'est que le monde, c'était une buverie. Tu sais, tu t'en tiens à deux bières par mois. Puis ça, c'est quand tu as la chance de les boire. Mais tu sais, tu es assez vieux pour manger une balle, puis tu n'es pas assez vieux pour boire. Mais tu arrives à Chypre, puis c'est là que le monde se défonce. Ça fait que ça ne sera pas long. (4-13-5)

Ainsi, sur la période de décompression, nos données ne sont pas unanimes. Il se peut que cette période de décompression soit vécue différemment par les diverses personnes. Il se peut aussi que l'expérience militaire a fait en sorte que les premières périodes de transitions aient été moins bien organisées. Il se peut également que le lieu où a lieu la transition ait un impact plus ou moins importante que la qualité ou la manière dont la transition est vécue. Il se peut enfin que la dynamique de groupe soit différente d'une fois à l'autre, tenant à la fois au lieu de la transition, à l'expérience

particulière de la mission d'un groupe qui vit la transition, aux acquis de l'armée dans l'organisation d'une transition, etc. Quoi qu'il en soit, il semble à la fin que cette idée de transition entre la mission et la maison., telle que décrite dans le protocole, soit une excellente idée, question de permettre aux militaires de faire le point avant de débarquer à la maison!

On a noté que seuls les informateurs 6 et 8 ont été soumis à une évaluation post-déploiement dès leurs retours au pays, mais ceux-ci indiquent avoir trouvé le processus superficiel, les questions très vagues et mal posées. Ils n'ont cependant pas bénéficié du suivi subséquent prévu au premier, troisième et sixième mois après le retour au pays, tel que le prévoit le protocole de retour de mission. Nous supposons que cela s'explique du fait que leur mission a été effectuée avant l'implantation de ce programme en 2008.

Quatre informateurs (1, 2, 3 et 7) ont bénéficié du suivi prévu dans la sixième phase du programme de RVPM; soit entre le troisième ou quatrième mois après le retour de mission. Deux de ces quatre informateurs (3 et 7) ont été diagnostiqués comme souffrant d'une BSO au premier mois de leur suivi, ils n'ont donc pas fait l'objet des suivis subséquents prévus au protocole. Un autre informateur n'a été soumis qu'au premier suivi, mais il ne s'est pas présenté aux deux rencontres suivantes (2). Il faut ici introduire une nuance à propos de ces suivis; ce sont les informateurs qui reviennent de mission qui sont responsables de contacter le service d'évaluation psychologique, ils doivent eux-mêmes prendre rendez-vous avec le professionnel de la santé mentale, car les FAC n'assument pas cette responsabilité.

Mais dans la section où est ce qu'il y avait santé mentale, on avait un mois, trois mois, six mois à aller faire un rendez-vous. Sauf que si je décide que je n'y vais pas dans trois mois, puis je n'irai pas dans six mois, il n'y avait aucune façon de retracer si le monde avait vu quelqu'un. (2-10-5)

Les trois autres informateurs ont été « oubliés » dans le processus de suivi psychologique. Un de ces informateurs raconte que sa compagnie a été démantelée au retour de mission:

OK. Normalement, bien moi... bien moi – mon peloton, ma compagnie, avait été démantelé, la compagnie A. ça fait que moi, j'ai été envoyé avec le deuxième bataillon de mon peloton. [...] Quand qu'on est revenus, on était supposés avoir une machine à saucisse (vérification administrative de données personnelles de chacun des membres), puis on est supposés avoir du monde qui était là, justement la section à... les TS (travailleurs sociaux) être là pour... avec les questionnaires qu'on refasse les mêmes questionnaires à maison pour qu'on puisse les ramener. Sauf que quand ça a été tout défait, le 23 juin quand qu'ils ont fait la parade, là, dire que c'était fini, là, on démantelait le GT (groupe tactique), là, bon, on était la seule gang qui n'avait pas eu les questionnaires. Puis, moi, j'ai posé la question. J'ai dit « c'est quoi qui se passe, là? » « Ah, bien là, il faut vous y allez par vous autres même, au deuxième étage ». « Non, non. C'est parce qu'on appartenait au deuxième bataillon, on était sous commandant du troisième. À cause qu'on est au premier, là, on est oubliés nous autres, là? » Ça fait qu'il a fallu qu'on fasse les démarches par nous autres même, puis quand que le bataillon a fait une machine à saucisses, bien, il n'y avait pas personne qui avait amené les questionnaires, puis tout. Ça fait qu'il a fallu que je me débarte. Puis, j'ai averti la psychologue, puis la travailleuse sociale « il est mieux de ne pas rien arriver à quelqu'un que je connais parce que vous allez m'entendre parler » [...]. (4-10-5)

Un deuxième informateur raconte avoir été « oublié » pendant plus de quatre mois. En effet, il s'est écoulé plus de quatre mois après son retour de mission avant qu'il ne se fasse demander s'il avait besoin de voir quelqu'un, il a répondu qu'il n'avait pas besoin. Selon lui, les personnes ont mis son dossier de côté et il s'est fait oublier durant tout ce temps.

Quand qu'on revient du tour, on a encore des procédures à faire de... quand qu'on arrive. Puis, l'officier qui s'occupait des dossiers de ça a complètement mis ça de côté. Puis, à un moment donné, quatre mois plus tard, il dit « oh, t'étais supposé faire ça. T'as-tu besoin de voir la travailleuse sociale ou d'aller en santé mentale ? » Puis, bien entendu, j'ai dit « non. » (5-6-5)

Un troisième informateur (9) raconte n'avoir jamais eu à répondre à un questionnaire post-déploiement au retour de sa mission en Afghanistan en 2004.

Quelques informateurs ont suggéré des améliorations au protocole de retour de mission qui aideraient à mieux répondre à leurs besoins. Ils sont conscients que la BSO ne se développe pas immédiatement suite à l'évènement traumatisant, qu'elle peut se développer plusieurs mois après et surtout ils reconnaissent que d'être physiquement de retour au Canada est une chose, mais d'être mentalement présent est une autre.

Il faudrait que... quant à moi, il faudrait qu'il y ait un suivi plus tard. Parce que là, tu es comme encore dans le mode combat, puis tu te fais... sur le coup, sur le moment, quand tu es dans le *beat*, ça ne te dérange pas vraiment, parce que tu es là-dedans, puis tu ne le vois pas que tu as changé ou... tu t'en rends compte plus tard, comme je disais, quand je conduisais, puis « oh, je suis... » Mais ça, ça n'aide pas, tu ne t'en rends pas compte sur le moment parce que tu es encore dans le *beat overseas*, puis tu fais encore tes choses, tu as tes habitudes, puis c'est avec les... une couple de mois plus tard, là, tu te rends compte que « wô, ça, j'avais changé, ça, ça avait changé », ça fait que là, il faudrait qu'il y ait un suivi plus loin que dans le premier mois que tu reviens.(6-15-5)

Lorsqu'on revient d'un tour, le premier vingt-quatre heures c'est la lune de miel comme on peut dire avec notre famille, mais après on revient dans le *beat* du tour. Moi j'étais toujours à l'aguets que quelque chose allait arriver, je ne pouvais profiter des moments de relaxation avec ma femme. J'étais en voyage avec ma femme sur une plage, couché du soleil tu vois le genre? Ben, je n'ai pas profité une minute, car je regardais partout pour voir si personne n'allait nous attaqué, ma femme n'était pas trop contente... faque peut-être demander des questions plus tard qu'aux six mois, un an je dirais... (9-12-5)

En ce qui a trait au protocole du retour s'appliquant aux partenaires des informateurs, aucun n'a bénéficié d'une séance d'information, aucun n'a été rencontré par un professionnel de la santé mentale. Nous avons déjà souligné que le retour de mission du militaire n'est pas seulement difficile pour lui, il l'est pratiquement tout autant pour le partenaire. De là l'importance pour la famille d'être outillé pour supporter leur partenaire adéquatement et de pouvoir aussi, comme partenaire, jouir des outils nécessaires pour favoriser que ce retour procède dans le calme.

5.3.2 La BSO et ses symptômes

La sixième question du canevas d'entrevue demandait aux informateurs de décrire leur expérience de la BSO : les symptômes, le temps écoulé entre le retour de mission et l'annonce de diagnostic, et la personne qui a identifié la BSO. Puisque chaque personne est unique, l'expérience de la BSO sera vécue et diagnostiquée différemment pour les différents informateurs. La section suivante procèdera par présentation synthétique de l'expérience de la BSO de chacun des informateurs.

Après la 4^e mission en 1997, l'informateur un a commencé à faire de plus en plus des cauchemars et des soubresauts, un jour, lors d'une visite à l'église avec sa conjointe et il a commencé à parler au *Padre* (major) et ce dernier lui a dit « parle, conte-moi... » et c'est à ce moment qu'il a commencé à écrire des pages et des pages de ses cauchemars pour se confier à ce Major, c'est à ce moment qu'il a découvert que quelque chose n'allait pas, il a continué à parler à ce major pendant six mois. Au bout de cette période, le groupe au complet avec qui il avait effectué sa dernière mission a été convoqué à une rencontre avec des travailleurs sociaux de la base pour leur parler. Cependant, il ne s'est pas senti compris, il a plutôt vécu l'expérience comme si elle était une chasse aux sorcières :

Puis après ça, ils ont pris toute la gang qu'on a fait les fosses communes, ils nous ont fait rentrer dans le bureau des travailleurs sociaux de Valcartier, puis là, c'était quasiment une ... Ils nous parlaient, puis ils essayaient de trouver la petite bête noire, c'était qui qui avait des problèmes ... C'était comme une chasse aux sorcières, dans le temps. Mais dans le temps, on avait tous peur de se confier puis dire « regarde, je ne me ferai pas catégoriser... » C'était la peur aussi, c'était l'affaire de... (1-11-6)

Dans la même période, cet informateur s'est séparé de sa conjointe, car elle ne l'aidait pas du tout, elle ne le comprenait pas. « Elle ne m'aidait pas, personnellement... C'est juste qu'à un moment donné, elle mettait plus de stress... » (1-11-6) Ici, l'informateur expliquait que son ancienne conjointe engendrait du stress et créait des problèmes plutôt que de l'aider et de le supporter à travers sa BSO. Après la rencontre

avec les travailleurs sociaux, il a continué à parler au *Padre* pour quelque temps, car il n'avait pas confiance au système. C'est en revenant de son 5^e tour, treize ans plus tard (2010), au moment du suivi post déploiement qu'il a rencontré le psychiatre sur la base et qu'il a été diagnostiqué comme souffrant d'une BSO. De plus, sa nouvelle conjointe avait remarqué qu'il s'isolait socialement et qu'il faisait encore des cauchemars et des soubresauts, qu'il était sensible à certaines odeurs, « c'est là qu'elle a vu que je faisais des soubresauts, je faisais des cauchemars, je transpirais beaucoup... » (1-47-6). Alors, elle l'a encouragé à accepter l'aide offerte par les FAC et depuis elle le soutient. Encore aujourd'hui, il lui arrive de faire des cauchemars et des soubresauts.

Au retour de sa première mission, l'informateur deux dit avoir vécu des moments difficiles, elle savait qu'il y avait quelque chose qui ne fonctionnait pas, elle sentait qu'elle avait changée, elle se sentait en retrait, en dissociation :

Parce que j'ai vu, j'ai fait des affaires là-bas que je sais qu'il y avait quelque chose qui ne marchait pas avec moi, parce que... comment je pourrais dire ça... J'étais changée, j'étais quasiment... mais je l'ai dit, ça, à ma travailleuse sociale, j'étais en retrait. J'étais là, mais c'est pareil comme si j'étais là, mais c'est pareil comme si j'étais là, puis je me regardais. (2-11-6)

Lors du suivi protocolaire de mission, elle a rencontré un professionnel en santé mentale de la base pour faire le « *clairé-in*, ça va bien, vous avez un autre rendez-vous dans trois et six mois », mais elle n'a jamais complété ces suivis et personne ne l'a contactée pour comprendre où elle en était, personne ne lui a demandé son formulaire de retour. Son partenaire savait que quelque chose n'allait pas, mais sans savoir ce qui se passait, il ne pouvait l'aider. Alors, cet informateur est reparti pour une deuxième mission et c'est lors de ce déploiement que s'est produit un incident avec la balle qu'elle avait oublié d'enlever du chargeur de son fusil. Elle a vu un médecin du camp, car elle ne voulait plus toucher à un fusil, elle ne voulait plus d'arme. À son retour au Canada, elle a continué à voir un médecin et ce dernier mit fin aux séances en disant « tout va être correct, ça va passer. »

Ça fait que moi, j'ai rencontré le docteur ici. Là, on a parlé un peu, il dit « OK, il dit, avec le temps, ça devrait être correct, puis c'est ci, puis c'est ça ». Mais ce n'est pas ça qui est arrivé. Ça a empiré, ça a empiré, ça a empiré, ça a empiré, jusqu'à tant qu'à un certain point, j'étais à l'ouvrage, puis j'ai dit... j'ai snappé. (2-14-6)

C'est ensuite qu'un jour elle s'est cachée sous le bureau au travail, elle n'était plus capable d'endurer de bruit et elle a dit à son supérieur « je m'en vais chez nous, j'en ai assez. » Plus tard, dans la soirée, son supérieur est venu la voir pour l'informer qu'elle devait rencontrer le médecin de la base en concluant « on verra après ce qui va se passer ». À la suite ce rendez-vous, le médecin l'a référé à une travailleuse sociale civile de la base, ainsi qu'au psychiatre civil de la base. Elle rencontre toujours ces spécialistes et elle fait partie du programme OSSIS. Cet informateur obtiendra sous peu sa libération médicale pour BSO.

La BSO de l'informateur trois s'est manifestée lors de sa première mission en 1993, il a découvert qu'il n'allait pas très bien. Lorsqu'il a écrit une lettre à son partenaire et au moment de la relire, il s'est dit « je ne peux y envoyer cela, c'est trop inquiétant » (3-3-6). À ce moment il s'est dit qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas, mais il ne comprenait pas de quoi il s'agissait. Il n'a parlé à personne de son état, car le sentiment de stigmatisation associé à ce type de problème était trop grand.

Non. Non, non, non, non. Non, dans l'infanterie, dans les années 1990, c'était... le stigma était tellement haut que non, tu n'allais pas voir personne. Si tu chialais, tu étais tout de suite soit rapatrié, ou bien non, tu étais envoyé à la cantine, puis tu travaillais à la cantine. (3-5-6)

En 1998, il a changé de métier et a été transféré dans les forces aériennes, toutefois il a continué à ne pas se sentir bien à avoir des comportements inquiétants.

Ça fait que c'est pour ça que j'ai dit, moi je le sais, je voulais sortir dans l'aviation, puis aller dans l'aviation, sortir des fantassins, c'est sûr que tu penses que ça va être tous des roses... Mais les problèmes ont continué. On buvait autant, peut-être même plus, à Cold Lake. Et puis j'allais jouer au golf souvent, tu demanderas à ma femme 2001, 2002, là, j'y allais... Elle, elle voulait tout le temps que je reste à la maison, parce qu'il faut que je reste

avec notre fils là, mais j'aimais ça aller au golf, parce que j'étais tout seul dans le bois, je marchais, avec mes bâtons... *Peace and quiet*. Puis j'allais à la pêche, puis j'allais à la chasse, puis toutes les affaires que j'aime faire, je les faisais... (3-14-6)

Quelques années plus tard en 2004, il a fait sa première crise d'anxiété majeure, ce qui l'a conduit à l'hôpital. À partir de ce moment, il a vu un psychologue hors de la base pour traiter son anxiété, ce dernier lui a affirmé qu'il ne souffrait pas de BSO. Puis, lors de la deuxième mission, il a menti un peu lorsqu'il a répondu au questionnaire pré-déploiement et il a participé au déploiement de la mission en Afghanistan. Durant cette mission, il avait peur de mourir, il ne pensait qu'à la mort, se disant qu'il ne reverrait plus sa famille. Il a continué la mission sans parler à personne, car la culture machiste de l'armée agit comme élément d'autocensure. Tu ne peux reculer, tu dois compléter la mission, la pression venant de ce qui est dit de la personne que tu remplaces : s'il lui arrive quelque chose alors que toi tu es de retour à la maison!

Mais je ne voulais pas être le gars qui se fait envoyer à la maison de bonne heure pour se faire, quelqu'un le remplacer, puis quelque chose qui arrive à ce gars-là, puis moi je suis à la maison bien saine et sauve, puis le gars qui m'a remplacé, tu sais... Ça fait que j'ai dit non, je vais finir le tour. (3-4-6)

Au retour de sa mission, il a vu la psychologue à nouveau pour un suivi et à son transfert à Borden, il a rencontré la psychiatre civile de la base, qui l'a informé de l'absence de diagnostic à son dossier, même après plusieurs années de médications. Il a alors été référé à un psychologue civil hors de la base, qui lui a diagnostiqué une BSO. Depuis, il continue à voir la psychologue. Son partenaire avait bien remarqué que quelque chose n'allait pas, mais elle ne comprenait pas pourquoi.

L'informateur quatre a été diagnostiqué d'une BSO en 2005, il l'a enduré lors de ses quatre premiers tours. En 2005, il a reçu un ultimatum de sa conjointe disant que s'il ne faisait pas quelque chose, elle allait le quitter. Il mentionne que les symptômes de sa BSO ont été la consommation d'alcool, le sommeil continu, l'anxiété, l'isolement, il n'était plus capable d'entendre les enfants crier, pleurer, il était impatient. Au début, il

pensait que le temps allait guérir son mal, mais son mal ne passait que temporairement, avec l'alcool. Tout allait bien dans sa journée, jusqu'au moment où que quelque chose déclenchait son anxiété et il ne pouvait alors plus fonctionner.

Puis, tu sais le jour au travail, tout ça, ça allait super bien. Tu sais, j'allais en exercice, ça allait super bien. Mais aussitôt que j'avais quelque chose qui déclenchait ça, là ça ne marchait plus. Je m'en venais... je n'étais plus patient. Tu sais, si je n'avais pas comme l'alcool pour tempérer, bien là, je n'étais plus patient. J'étais... on peut dire, agressif, mais pas côté à vouloir battre quelqu'un, mais dans mon parler. Tu sais, j'étais plus... plus strict, plus direct, plus vulgaire aussi. Ça fait que c'était plus ça. (4-20-6)

Au moment de l'ultimatum de son épouse, il a lui-même consulté une travailleuse sociale sur la base de Valcartier. Celle-ci l'a référé au psychiatre de la base, qui l'a ensuite fait suivre par une psychologue de la base. Durant ce temps, il a vécu deux épisodes de dissociation. Lorsque le moment de la mission en Afghanistan est venu, en 2007, il a informé la travailleuse sociale qui l'évaluait dans le cadre du protocole de pré-déploiement, de le « mettre *fit* pour partir » (4-3-1), c'est-à-dire apte au déploiement. Il a été déployé et il a terminé sa mission sans difficulté. À son retour il continué les traitements avec le psychologue de la base. Après son transfert à Borden, il a rencontré la psychiatre civile de la base, qui l'a référé à une psychologue civile hors de la base. Au moment de l'entrevue, il mentionnait qu'il était toujours en traitement par la psychologue civile. Il s'est retiré des FAC pour raisons médicales de BSO et autres problèmes physiques.

La BSO de l'informateur cinq a été diagnostiquée en 2016, mais ses symptômes perdurent depuis le retour de sa mission en 2002. En effet, lorsqu'il est revenu de la mission de 2002, il dit avoir été en état de colère constante, il sentait sa tête lourde comme si on lui avait mis des poids de chaque côté et il s'isolait de tout le monde, symptômes encore présents lors de l'entrevue en 2016.

Bien, moi, quand ça a commencé, mon tour c'est terminé que ma... de un, j'étais tout le temps en colère. Je me sentais la tête pesante, pareille comme

si j'avais mis quelque chose alentour avec des poids chaque côté. Mes habitudes c'était : je me lève le matin, je vais déjeuner, j'essaie d'aller travailler, puis je reviens, je vais souper, je vais me chercher deux-trois DVD dans notre petit CANEX (magasin que l'on retrouve sur toutes les bases des FAC) qu'on avait sur le camp, puis je m'enferme dans ma chambre avec juste la lumière de mon écran de laptop. Le lendemain matin, tu aurais pu me demander qu'est-ce que j'ai regardé, puis je n'en ai aucune idée, mais c'est ça... c'est ça que je faisais. Donc, s'isolant... (5-9-6)

Il s'était procuré un chien pour voir s'il était capable de s'en occuper, mais un matin en marchant avec son chien, tout ce qu'il voulait faire était de s'étendre dans la neige jusqu'au moment où quelqu'un allait le retrouver. C'est à partir de ce moment qu'il est allé chercher de l'aide, car il a regardé son chien et s'est dit « je ne peux te faire cela » (5-11-6). Il a rencontré un professionnel de la santé mentale de la base qui lui a dit, à la troisième rencontre, « je ne sais pas quoi faire avec toi, alors je t'envoie voir un psychologue » (5-11-7). Ce psychologue contractuel n'était disponible qu'une fois par mois sur la base. Vers la troisième rencontre, le psychologue a parlé du chien et de l'endroit où il l'avait obtenu. L'informateur a mis fin à ces consultations, qu'il trouvait être une perte de temps. Mais il n'allait pas mieux. Une de ses amies lui a conseillé de rencontrer une infirmière de la base, spécialiste en santé mentale. Il s'est présenté à quelques rencontres avec elle, jusqu'au moment de la mission suivante. Lors de la séance du questionnaire pré-déploiement, on lui a demandé s'il était apte à participer à cette mission et il a acquiescé sans hésiter. Quelques années plus tard, il a été transféré à la base de Borden, il disait être toujours triste, n'avoir pas d'énergie, il avait les mêmes symptômes qu'à la base de Shilo : « Moi, je me suis dit qu'un coup que je serais sorti de Shilo, peut-être que les choses s'amélioreraient, mais non...c'était la même chose... » (5-14-6). Alors il a de nouveau consulté un service de santé mentale et il a commencé à voir la psychiatre civile de la base et un psychologue civil hors de la base. Il faisait toujours partie du programme OSSIS et au moment de l'entrevue. Il a obtenu une libération médicale des FAC pour BSO en novembre 2016.

L'informateur six a été diagnostiqué souffrant de BSO après vingt ans de services dans les FAC. Il ne voulait pas parler de son problème, mais il disait savoir qu'il souffrait de quelque chose.

Oui, c'est ça, puis des fois, ça amène... bien, moi, je reconnaissais mon problème, donc c'est plus facile pour moi, puis j'ai le caractère *I guess*, bon, je sais que le problème est là, je sais qu'il faut que je travaille là-dessus [...]. Comme moi, c'était un problème de tous les jours, il faut tout le temps que je me parle. Mais, j'accepte que le problème est là, je le sais qu'il est là, je l'ai reconnu voilà longtemps, puis c'est pour ça que j'ai fait vingt quelques années avant d'en parler, parce que je le savais, justement, qu'il est là. Comme j'ai dit à mon docteur, j'ai dit « regarde, je ne suis pas... je ne sens pas que ça... » bien, ça affecte ma vie, oui, mais comme je disais, je sais que le problème est là, puis je le sais qu'il faut que je me parle souvent pour me dire « bon, sors de chez vous, fais de quoi », tu sais, pour continuer à avancer puis à progresser dans la société, si tu veux. (6-13-6)

Chaque fois, au retour de mission, il disait reconnaître qu'il avait des petites choses qui avaient changé en lui, en particulier sa patience. Il dit que la mission la plus difficile pour lui, celle qui a probablement déclenché sa BSO, a été la mission en Bosnie, sous l'auspice des Nations-Unies.

Hum... comme moi, bien moi, personnellement, c'était la Bosnie qui était le pire, là, même si j'ai fait des déploiements comme de guerre après, là, ça, c'était UN. Mais la Bosnie, c'était le pire parce que dans le sens que c'était vraiment... tu étais vraiment restreint dans les actions que tu pouvais... à cause des conséquences qu'est-ce que... admettons, on recevait au-dessus de cent cinquante bombes de mortier par jour alentour de nous autres, des fois, ça tombait sur *whatever*, ça fait que c'est ça, tu étais restreint vraiment, là, dans l'engagement, comment que tu pouvais réagir aux situations. Tandis que quand tu es dans une situation de guerre, bien, tu peux réagir. J'ai trouvé ça plus facile qu'une mission des Nations-Unies justement pour ça, parce que s'il arrive quelque chose, tu peux réagir tout de suite, puis tu peux te sauver ou sauver des chums, tu sais (6-8-6).

Mais c'est la dernière année (2016) qu'il a trouvé la plus difficile. Les FAC ont perdu son dossier, il a été blessé physiquement et il a dû subir plusieurs opérations qui ont incapacités plusieurs de ses activités, en particulier le sport. Durant cette année-là, il

s'est aperçu qu'il ne pouvait plus soutenir le même rythme de vie, tandis que ses symptômes de BSO sont devenus plus apparents. Ainsi, cela l'a mené à consulter le programme OSSIS et un psychologue civil hors de la base. Cet informateur obtiendra une libération médicale des FAC pour raison physique et pour BSO.

Ça fait que tu es habitué d'être go, go, go, moi, je courrais tout le temps, j'étais tout le temps au gym, tu sais, j'étais beaucoup... je faisais beaucoup de sports, puis là, bon, bien, je ne peux plus faire ça, je ne peux plus faire ça, je ne peux plus faire ça, ça fait qu'à un moment donné, le moral dit « oui, câlique, je ne peux plus rien faire ». Ça fait que là, c'est toute une nouvelle vie, une nouvelle habitude, une nouvelle... il faut que tu te trouves d'autres choses à faire, ça fait que moi, je n'aime pas m'asseoir sur le divan puis ne rien faire, ça fait que faut que tout... (6-19-6)

L'informateur sept a obtenu un diagnostic de BSO en 2007. Il a commencé à ressentir des symptômes quelques années après sa première mission en 1996. Il mentionne avoir développé une dépendance au sexe et au travail durant quinze années, il disait qu'il ne pouvait arrêter. Il pouvait avoir des relations sexuelles avec quatre à cinq filles à la fois et en même temps être en relation de couple, de plus il disait qu'il travaillait tout le temps, jusqu'au moment où son corps le lâchait.

Je travaillais 24 sur 24 jusqu'à tant que je m'endorme sur la job, puis là, je me réveillais quand ils ouvraient la porte pour ouvrir la *business*, puis je recommençais. Je travaillais, là, tout le temps, tout le temps. Pas de sommeil, là, tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps, tu n'aurais pas pu dire « il a dormi six heures dans la semaine ». Vraiment, là, je me rendais, là, tellement fatigué que mon corps lâchait. Puis là, je me réveillais, puis je continuais à travailler. Ça fait que dans les business que je travaillais, j'ai tout le temps été un *top développer*, j'ai tout le temps été un *top des tops* parce que je produisais quatre fois que les autres produisaient, je travaillais quatre fois que les autres produisaient, tu comprends-tu ce que je veux dire? (7-17-6)

Il se sentait anxieux d'avoir autant de relations sexuelles, car il avait « mal à l'âme ». Durant ces quinze années, il a pris des pilules contre l'acidité gastrique en abondance. En plus de ses dépendances, il devenait impatient, il décrivait son état émotif comme étant une montagne russe : il pouvait être très fâché ou il pouvait pleurer, il disait

ne pas avoir de zone grise et de ne pas ressentir les émotions comme il se doit. Il a effectué deux autres missions dans cet état psychologique, mais lors de la dernière mission, en Afghanistan en 2007, il a travaillé à se brûler et à son retour au Canada il était désorienté et son anxiété était très prononcée.

Puis quand on est revenus, on est passé à travers des psychologues, on est passé à travers des... bien, ils étaient tellement bien prêts, là, que c'est là qu'ils ont découvert « oh, toi, tu es ... tu as un problème, là ». J'ai rempli des petits questionnaires bleus, là... C'était un livre là, puis là, j'ai rencontré la travailleuse en santé mentale, mais je n'avais pas dit que je trichais, là. Je n'ai pas parlé de ça, moi, mon addiction, là. Avant que je puisse dire ça à quelqu'un, là, ça... (7-29-6)

À ce moment, il interrompu les consultations avec l'infirmière en santé mentale de la base. C'est au moment où il demanda à sa fille âgée de quatre-cinq ans : « si je quittais ta mère, tu m'aimerais toujours ? » (7-30-6) qu'il a compris qu'il devait chercher de l'aide. Sa fille a commencé à être anxieuse et il s'en est aperçu et s'est senti comme s'il abusait de sa fille, il s'est dit : « il faut que je fasse quelque chose » (7-31-6), voulant dire qu'il allait consulter, car sa fille était tout pour lui.

Je n'aurais pas laissé ma fille toute seule. C'était ma seule raison d'être ça, là. Ma seule raison de vivre, puis oublie ça, c'est elle qui passe en premier. Je mourrais là, là. Tu me dirais... un choix à faire, ce serait mourir tout de suite, je me saignerais les veines ici pour lui sauver un cheveu. Je suis un père assez sévère, mais mon amour n'est pas questionnable pour elle. Quand j'ai vu qu'est-ce que j'avais fait à ma fille, là, j'ai cassé. Émotionnellement, là, j'ai cassé. (7-31-6)

L'infirmière en santé mentale responsable de l'évaluation post-déploiement lui a conseillé de voir une psychologue civile hors de la base. Il a été suivi par cette psychologue jusqu'au moment de sa mutation à Borden, en 2012. Lorsqu'il est arrivé à Borden, il a été suivi par la psychiatre civile de la base. La femme avec qui il a eu ses enfants ne s'est jamais aperçue qu'il souffrait d'une BSO. Il faut ajouter qu'au moment de leur rencontre, tous deux souffraient de symptômes de BSO, et aucun ne consultait.

C'est au retour de sa dernière mission en 2009 que l'informateur huit a été diagnostiqué comme souffrant d'une BSO. En fait, il souffrait des symptômes depuis le retour de ses premières missions, vers de 1994. En effet, il a commencé à consommer régulièrement de l'alcool, il a commencé à s'isoler de sa conjointe, il travaillait de longues heures, il est devenu plus agressif dans ses paroles, il a même été rétrogradé suite à la profération de menaces de mort durant une mission, car la :

[...] personne ne faisait son travail comme il se devait. Le gars ne faisait pas sa job, il était trop paresseux, *Fuck*, il aurait pu tous nous faire tuer, des incompetents chu pas capables » (8-10-6)

Quelques années après cet incident, en 2000 il a consulté en santé mentale sur la base de Valcartier, il a été référé à un psychologue de la base. Il dit qu'il n'a fait que quelques séances avec cette personne, il trouvait qu'elle ne l'aidait pas vraiment. Il a continué à travailler de longues heures et à s'isoler. Il est reparti en mission en 2004 et encore en 2007, période durant laquelle il n'a bénéficié d'aucun support psychologique professionnel. Au retour de sa dernière mission, le jour du Souvenir, il s'est fait arrêter pour conduite en état d'ébriété, son permis de conduire suspendu pour un an.

J'étais très fâché sur le moment, j'en voulais à tout le monde et surtout à la police militaire qui m'a arrêté. *Fuck* que j'avais honte de moi, t'sé je ne me reconnais plus, je me suis dit, il faut que je fasse quelque chose. En plus, ma femme veut se séparer de moi, elle n'est plus capable, elle ne veut plus être avec moi, un impatient, t'sé ce que je veux dire. Je ne peux vivre sans elle. (8-12-6).

C'est à ce moment qu'il a décidé de consulter, sans compter que sa conjointe lui a mentionné qu'elle ne le comprenait plus. C'est ainsi qu'il a décidé de rencontrer un psychiatre de la base, ainsi qu'une travailleuse sociale civile sur la base. Étant donné qu'il est retraité, il a été référé à une psychologue civile hors de la base, il rencontre cette personne au besoin.

Huit mois après son retour de mission en 2004, l'informateur neuf a commencé à ressentir des symptômes de BSO : il est devenu impatient avec ses enfants et sa

conjointe, il s'isolait, il a commencé à ressentir du stress, il n'avait pas d'énergie et son travail en souffrait également.

Je n'endurais pas les enfants pleurer et crier, de plus je n'avais pas le goût d'aller travaillé, les matins étaient pénible à se lever, mais je ne voulais pas rester à maison non plus. Pis lorsque j'étais au travail, je faisais le strict minimum, je ne voulais pas personne ne m'écœure sur ma job. Pis t'sé je devais me faire dire plusieurs fois de faire mes tâches. (9-12-6)

Il dit n'avoir rencontré personne au retour de mission, ni même n'avoir rempli de questionnaire. Sa conjointe lui avait mentionné à plusieurs reprises qu'il avait changé, qu'il agissait différemment de son départ pour la mission. Il savait aussi que quelque chose n'allait pas, mais il se disait que « ça allait passer » et que tout allait redevenir normal avec le temps. Un jour où son père était venu l'aider à de menus travaux dans la maison, il est devenu impatient, ce qui a engendré une dispute avec son père. Il s'est ensuite rendu compte qu'il n'avait jamais vécu de telle dispute avec son père, il s'est senti coupable envers quelqu'un de très important pour lui.

Mon père m'a dit que je devais faire quelque chose, qu'il ne me reconnaît plus, que je n'étais pas le fils qu'il connaissait. Il m'a dit « regarde toi, tu es impatient avec ta famille, tu fais es toujours sur la défensive. T'as changé mon gars, faut que tu fasses quelque chose, sinon tu vas tout perdre. » (8-16-6).

Suite à cette conversation, il a décidé de consulter un professionnel en santé mentale de la base et, suite à cette première consultation, il a été suivi par une travailleuse sociale civile, ainsi que par le psychologue, tous deux de la base.

En résumé nous constatons que c'est dans l'interaction avec les membres de la famille et les collègues de travail que cinq informateurs ont eux-mêmes constaté souffrir d'une BSO, ils ont eux-mêmes initié le processus de consultation des services de soins. Dans le cas des quatre autres informateurs, un a réagi suite à un ultimatum de sa conjointe; un a été encouragé par son père; un a été aidé par sa superviseure; le dernier a réagi en réfléchissant à son rapport à sa fille. Aussi, six des neuf informateurs, soit les

deux tiers, souffraient vraisemblablement de symptômes de BSO plusieurs années avant d'être diagnostiqués, tout ce temps sans bénéficier de support psychologique.

La septième question du canevas d'entrevue demandait aux informateurs de quels services, eux et leur famille, avaient bénéficié, à partir du moment de leur prise en charge par l'un ou l'autre des programmes offerts par les FAC aux militaires souffrant d'une BSO.

L'informateur un a parlé avec le *Padre* pendant plusieurs mois et il voit le psychiatre de la base. Son partenaire n'a bénéficié d'aucun service, mais sa fille a rencontré la travailleuse sociale scolaire pendant 6 ans et elle a également rencontré un psychiatre civil.

L'informateur deux a bénéficié des services d'une travailleuse sociale civile de la base, ainsi que du psychiatre civil de la base. Au moment de l'entrevue, il était toujours suivi. Son partenaire n'a eu bénéficié d'aucun service.

L'informateur trois a vu un psychologue lorsqu'il était à la base de Valcartier, à son arrivée sur la base de Borden il a rencontré le psychiatre de la base, ainsi qu'un psychologue civil hors de la base. Au moment de l'entrevue, il était toujours suivi par la psychologue civile. Sa famille n'a bénéficié d'aucun service.

L'informateur quatre a rencontré un travailleur social sur la base de Valcartier pendant quelques semaines, il a ensuite rencontré le psychiatre de la base et le psychologue de la base, jusqu'au moment de son déploiement. Durant sa mission, il n'a consulté aucun professionnel en santé mentale. À son retour de mission, de sa propre initiative, il est retourné voir la psychologue. Lors de son transfert à Borden, le service des Anciens combattants (AC) a repris le dossier et il a rencontré le psychiatre des AC et une psychologue civile hors de la base. Au moment de l'entrevue, il continuait à voir la psychologue civile. Son partenaire et son fils n'ont bénéficié d'aucun service.

Cependant, sa fille a rencontré une travailleuse sociale scolaire et une psychologue civile et elle était toujours suivie au moment de l'entrevue.

L'informateur cinq était à la base de Shilo lorsqu'il a commencé à voir un professionnel en santé mentale et après trois rencontres, il a été référé à un psychologue qui l'a également vu trois fois avec un intervalle d'un mois entre chaque rencontre. Il a lui-même mis fin à ce service. Par la suite, il a rencontré une infirmière en santé mentale pour travailler l'approche cognitive comportementale, cela a duré quelques semaines. Après son transfert à Borden, il a vu la psychiatre civile de la base, la psychologue civile hors de la base et il a participé au programme OSSIS. Au moment de l'entrevue, il était toujours suivi par ces personnes. Cet informateur est célibataire.

L'informateur six a participé au programme OSSIS, qui l'a amené à consulter un psychologue civil hors de la base. Au moment de l'entrevue, il continuait de rencontrer la psychologue civile. Aucun suivi n'a été effectué auprès de son partenaire.

L'informateur sept était basé à Gagetown la première fois qu'il a rencontré une infirmière en santé mentale sur la base, celle-ci l'a référé à une psychologue civile hors de la base. Il a vu cette dernière pendant 4 ans. À son arrivée à Borden, il a vu le psychiatre civil sur la base. Au moment de l'entrevue, il rencontrait encore cette psychiatre. Son partenaire a bénéficié de consultations avec une psychologue civile, mais ses enfants n'ont bénéficié d'aucun service.

L'informateur huit a rencontré le psychiatre civil de la base et il voit une psychologue civile hors de la base. Au moment de l'entrevue, il lui arrive à l'occasion d'avoir des rencontres avec la psychologue. Son partenaire n'a bénéficié d'aucun service.

L'informateur neuf a rencontré un travailleur social civil et le psychiatre civil de la base. Les membres de sa famille n'ont bénéficié d'aucun service.

Ainsi, un tiers seulement des informateurs a vu leur famille bénéficier de services en santé mentale.

La huitième question du canevas d'entrevue demandait aux informateurs si la prise en charge du problème par un ou l'autre des services disponible a répondu adéquatement à leurs besoins. Cette question a soulevé plusieurs points adjacents, que l'on se doit de mentionner pour mieux comprendre ce que les informateurs ressentent vis-à-vis l'aide qui leur est donnée. Tout d'abord, cinq des neuf informateurs ont mentionné que leur prise en charge a répondu adéquatement à leurs attentes, et ce dès la première rencontre avec un professionnel. Voici quelques déclarations :

Oui, elle m'a fait réaliser ce qu'il n'allait pas, je ne me suis pas senti jugé et compris. Elle m'a donné des trucs pour être plus patiente envers mes enfants. (9-20-8)

Oui. J'ai appris des techniques de relaxation, j'ai appris des techniques de... oui, relaxation, *deep breathing*, relaxation, le *mindfulness*. Mais ça, par exemple, il m'a envoyé sur un... tu as un cours, là, de... bien, un cours. (2-27-8)

Après le traitement, j'ai commencé à ressentir des émotions normales, comme une personne normale. J'avais des drogues dans moi, certaines, là, mais j'ai commencé à ressentir dans mon... OK? [...] . (7-45-8)

Trois informateurs ont trouvé que le premier contact n'a pas répondu adéquatement à leur besoin. Un des informateurs a consulté pendant onze ans un psychologue hors de la base, il a également été médicamenté, mais sans que jamais il n'ait le sentiment de travailler sur le bon problème. Il affirme que les consultations l'ont aidé, car il pouvait parler à quelqu'un et qu'il sentait les effets de la médication, mais cela ne l'a pas aidé de manière satisfaisante, car, à son avis, ce n'est pas le bon problème qui était traité. C'est en arrivant à Borden, en consultant la psychologue civile, que sa prise en charge a véritablement répondu à ses besoins, car cette dernière a mieux compris le problème sur lequel le travail devait porter.

Le deuxième informateur indique qu'il s'est senti jugé par la travailleuse sociale qu'il a rencontrée. Il a ressenti de l'arrogance tout en se disant que cela était juste une étape. Lorsqu'il a parlé au *Padre*, ce dernier a su répondre à ses besoins, de même que le suivi avec le psychologue.

Même, c'est plate, mais on avait comme une sorte de jugement de la manière que la travailleuse sociale nous parlait en avant. Moi, je n'avais pas aimé ça. C'est pour ça que j'ai dit « non, je ne vais pas voir elle », puis j'en avais parlé au major, « je n'irai jamais la voir. » Je n'avais pas aimé ça de la manière... Puis il continuait à me voir, puis il m'appelait souvent, puis c'était la personne qui était mieux pour me confier, c'était lui. (1-12-8)

Le troisième informateur indique que c'est à partir de la quatrième personne rencontrée qu'il a senti que l'on commençait à répondre à ses besoins, puisque les trois professionnels précédents qu'il a rencontrés démontraient un manque d'intérêt à son endroit:

Deuxième fois, bien son téléphone a sonné deux-trois fois, puis il a répondu. Ça, je n'ai pas trouvé ça fort. Puis la troisième fois, bien il s'est assis puis il m'a dit « je ne sais vraiment pas quoi faire avec toi. Veux-tu voir un psychologue? » Ça fait que pour moi, ça a donné un coup solide parce que ça a pris tout mon petit change pour aller chercher de l'aide. Puis, à deux sur trois, on me... on me tasse de côté. Le psychologue étant un sous-traitant, puis il n'est pas là tout le temps. Donc, il a fallu que j'attende un mois avant de voir le psychologue. Puis, quand j'ai rencontré le psychologue, bien, là, il m'a fait faire... remplir tous les tests, puis les affaires de même. Ça a pris un autre mois avant que je le revoie. Puis, c'est là qu'il m'a dit verbalement qu'est-ce que je savais déjà, mais juste le fait qu'il me le disait verbalement puis maintenant c'était par écrit, bien là – puis, je me rappellerai tout le temps. C'était un jeudi – puis j'ai passé... je n'ai pas passé une bonne fin de semaine. Une de mes amies m'a référer une infirmière en santé mentale. Ça fait que j'ai commencé à travailler avec elle. Elle a fait beaucoup de (CBT cognitive *behavioral therapy*) parce que mon langage intérieur était extrêmement négatif envers moi-même. Ça fait qu'on a fait ça, mais le bout où est-ce que je me suis posé des questions, c'est... Parce qu'on savait qu'on avait un tour qui s'en venait. Puis, j'ai demandé, j'ai dit « moi, demain matin, s'ils me disent que je peux aller en tour, tu me claires-tu? » « Bien oui, pas de problème ». J'ai trouvé ça bizarre un peu, mais en tout cas. Mais, ça faisait mon affaire. Tout le monde veut aller en tour. Donc, j'ai trouvé

ça... j'ai trouvé ça différent un peu. L'autre affaire avec elle : la première fois que je me suis assis là, après la première rencontre, elle m'a dit « toi, tu n'as pas le PTSD ». J'ai dit « OK, oui, mais je ne suis pas venu ici pour un PTSD, là. Je suis venu ici pour voir qu'est-ce que je peux... (5-11-8)

Le quatrième informateur il se dit indécis face à cette question, il s'attendait à plus d'aide :

Bien, des fois, j'ai l'impression que peut-être je m'attendais plus à avoir des questions « OK, c'est quoi que tu veux savoir? », des choses spécifiques, tu sais. Tu contes en gros ton histoire, mais je m'attendais peut être d'avoir plus de questions pour savoir des choses spécifiques, je veux dire, pour peut-être j'aurais parlé plus en détail de ce qui est arrivé. Mais là, souvent, c'est ça, j'arrive là, c'est ça, je parle *whatever*, puis c'est moi qui décide qu'est-ce que je parle ou pas. Ça fait que c'est ça que je trouvais qui... je trouvais ça bizarre un peu, tu sais, peut être que je me serais ouvert plus, avoir eu certaines questions ou j'aurais parlé de choses plus... ça fait que c'est ça, je parle un peu de ce qui me tente, puis c'est tout, là. (6-24-8)

Un autre aspect important qui ressort des réponses des informateurs porte sur le processus d'aide. Actuellement, la façon la plus commune d'aller chercher de l'aide est de rencontrer un médecin de l'hôpital de la base, qui réfère ensuite aux professionnels en santé mentale de la base. L'infirmière en santé mentale évalue et réfère à un psychiatre de la base. Celui-ci réfère ensuite à une travailleuse sociale ou à un psychologue de la base ou hors de la base. Les militaires peuvent ainsi rencontrer de trois à quatre personnes avant que le processus véritable de soin débute. Il est difficile d'admettre que l'on a un problème, il est difficile de chercher de l'aide, mais il est plus difficile encore de raconter son histoire à plusieurs personnes et se faire référer à une autre personne à répétition; cela est décourageant. Voici ce que dit un informateur de son expérience :

Moi j'ai du passé par le médecin à la parade des malades qui m'a référé au service de programme de santé mentale, dont j'ai rencontré une infirmière en santé mentale qui elle m'a référé à la psychologue. J'ai dû conter mon histoire à toutes ces personnes. C'est difficile en... t'sé conté ma vie ce n'est pas moi, je n'aime pas du tout comment c'est faite, cela à passer proche que j'arrête tout. (8-15- 8)

Voici ce que dit un autre informateur sur le processus d'aide.

Comme là, il faut que tu passes par le technicien médical au docteur, le docteur te réfère, puis là, tu sais, tu as bien des personnes impliquées, ça fait que là, c'est ça, le processus, bien des fois, décourage. Le monde va faire le premier *step*, puis là « ah, ça ne me tente pas ». Tu sais, le monde qui ne sont pas certains qui veulent en parler ou pas, tu sais, ça fait que là, ils commencent le processus, souvent « ah non, je suis correct », puis ils passent à d'autres choses, puis là, ça s'accumule après. Moi, c'est de même que je le vois, là. tu as le temps de changer comme d'idée pour plusieurs personnes de dire « bof, c'est trop long, puis c'est trop de trouble », puis tu sais, déjà que tu es restreint, tu ne veux pas trop en parler, puis là, tu es pogné pour en parler over puis over.(7-10-8)

Toutefois, l'expérience du programme soutien social en ce qui a trait aux blessures de stress opérationnel (SSBSO) semble différente. En effet, les informateurs qui participent à ce programme ont vécu positivement leur expérience, l'aide leur a été amenée rapidement :

Bien, comme moi, ça a été plus facile, parce que justement, bien le coordonnateur de OSSIS, qui m'avait communiqué direct avec le docteur que je vois présentement, donc, puis j'ai comme sauté des étapes un peu, vu que j'étais dans mon processus. Elle a dit « bien, je veux te voir tout de suite avant que tu sortes pour, justement, faire un diagnostic et tout ». Donc j'ai sauté des étapes, là, j'ai été quasiment directement à la personne, puis... (7-27-8)

De plus, plusieurs informateurs ont mentionné qu'ils ne sont pas satisfaits des programmes implantés, ils disent que les programmes n'existent que pour la forme, pour que la population canadienne – l'opinion publique - pense que les FAC font la bonne chose envers les militaires blessés. C'est une façon pour les FAC de se donner bonne conscience aux yeux des militaires et du public, surtout lorsque se produit un suicide par exemple. Ils disent que les programmes ne répondent pas adéquatement à leurs besoins.

Comme je disais, dans plusieurs domaines, même pas juste pour suivis après les tours et tout, je veux dire, le programme, il est là, le système est là, il pourrait fonctionner, mais ils se ferment les yeux sur tellement de choses, ils adaptent à leurs besoins qu'est-ce qui est bon pour eux autres « regarde, là, OK, là, on va prendre le système, ah là, non, ça ne marche pas, on va mettre le système de côté, puis on va aller notre propre voie », ça fait que c'est ça

qui est de valeur. Ils jouent trop avec le système, puis ils prennent qu'est-ce qui est bon pour eux autres, puis ce qui pourrait être bon pour le membre ou, tu sais, aider le membre, là, « ah!, ce n'est pas grave, puis c'est ça. (6-39-9)

Bien faire, puis bien paraître, mais c'est parce qu'ils oublient beaucoup de choses [...] Ça fait que c'est le même principe côté en santé mentale. C'est qu'ils ont voulu tellement mettre beaucoup, beaucoup, dire « ah, vous avez ci, vous avez ça », mais qu'en réalité, c'était carrément inutile pour personne. Il aurait fallu peut-être qu'ils prennent du monde comme, admettons, monsieur Roméo Dallaire, puis demander « OK, toi à ton retour, là, c'est quoi que t'aurais aimé avoir »? (4-14-9)

Les programmes ne répondent pas vraiment à nos problèmes, ils répondent partiellement. C'est comme les questions qui nous posent lors de notre retour ils ne sont pas pour que les FAC puissent dire qu'ils ont fait quelque chose. Mais t'sé quand t'as vraiment besoin bien souvent ils ne sont pas là... tu comprends? Ce que je veux dire... les Forces c'est une grosse machine qui sont là pour leur besoin pas les nôtres... (8-30-8)

En ce qui concerne la neuvième question, on voulait savoir si les informateurs avaient le sentiment que leur chaîne de commandement avait compris leur situation et leurs besoins. Tous les informateurs ont répondu par la négative : la chaîne de commandement n'avait compris ni leur situation ni leur besoin. Plusieurs d'entre eux se sont même sentis écrasés par elle, ils se sont sentis incompris, non respectés et certains ont même subi une diminution de pointage de leur rendement annuel.

[...] ma chaîne de commandement [...] ils passaient plus d'énergie à essayer de garder, de caler le gars que de l'aider à la transition dans le civil. J'ai dit « voyons donc, ça fait pas de sens! » Je venais bleu, moi, je pétais une *fuse*, j'allais voir direct le sergent pour dire « eille, *wake up*, là », tu sais, je lui parlais... (6-30-9)

C'est année où je devais être promu, sauf quand mon adjudant maître l'a su que j'avais des rendez-vous pour la santé mentale et que je devais m'absenter du travail pour les rendez-vous, ils m'ont calé, ils ont donné la promotion à un autre jeune sans expérience. Je te dis... (9-29-9)

Bien... non, pas... dans ma chaîne de commandement, pas du tout. Je n'ai aucun support dans la chaîne de commandement. Tu sais, tu es tagué, ça ne prend pas de temps. Donc, tu es tagué que tu es brisé ou c'est... Surtout sur

une base où j'étais, à Shilo, c'est une base armée. Donc, le stigma est encore plus fort. Ça a été jusqu'au moment où... [...] (5-10-9)

[...] On n'a pas confiance dans notre chaîne de commandement, on n'a pas confiance dans le gouvernement, puis on n'a certainement pas confiance aux politiciens. La seule personne qu'on a confiance, là, c'est le (NCM non-commissioned member) comme adjudant, sergent, juste en haut de nous autres, qui prend soin de nous autres. C'est la seule personne qu'on sait qu'on a confiance. En haut de ça, là, oublie ça, on n'a pas confiance à ça. On a perdu... ils ont perdu le contrôle de ça eux autres là, les officiers. Ça fait qu'en étant ces médecins milliaires officiers, ils sont scratchés *off, right off the path*. (7-62-9)

Les informateurs ont aussi indiqué que pour faire partie de l'armée, pour être un vrai militaire, il faut être un dur, que rien ne te dérange, faute de quoi tu es considéré comme un faible. Cette mentalité machiste de l'armée, à l'image d'un Rambo sans failles, nuit grandement à la santé des troupes. Voici plusieurs commentaires documentant cette mentalité.

Ni avant, ni après, ni pendant. Même après l'accident qu'on avait eu avec notre copain qui a perdu un bras... accident frontal... ils ne sont pas venus nous voir pour nous parler. Tu sais, c'était déplorable, mais c'était ça. Même si on voyait certains de nous autres qui souffraient puis ça nous faisait de la peine... Je sais que le soir même, j'étais démoli, là, je braillais comme un bébé. Mais notre chaîne de commandement, c'était normal, c'était « prends sur toi, tu es un homme, là, envoie. C'était aussi simple que ça. (1-4-9)

Si tu vas à la parade des malades trop souvent, bien tu es MIR (*Medical Inspection Room*) commando. Si tu vas en santé mentale, tu sais, ils vont dire que tu n'es pas capable de *dealer* avec tes problèmes toi-même, ou bien non le stigma... le stigma est là, là. Le stigma est là, là, présentement. Ça fait que ça n'a pas changé, puis ça ne changera pas avant bien des années. Et... C'est parce qu'est-ce qui arrive, c'est le stigma, il n'arrive pas des soldats, des caporaux, puis les caporaux-chefs. Le stigma, il part d'en haut, puis il descend de même. (5-24-9)

Non, non, non. *Flight engineers*, eux autres, là, c'est un métier qui dit *they eat their own*, là... Puis le moindrement que tu montres un petit peu de faiblesse, ostie, ils te sautent dessus comme si tu étais un zèbre blessé, tu sais? (5-23-9)

Pas pantoute, il faut être des *tough*, mais notre chaîne de commandement, c'était normal ils disaient prend sur toi, tu es un homme là...ils pensaient que l'on *fakait*. Je n'ai pas eu de compréhension d'eux... (8-30-9)

Les informateurs ont également mentionné que dès l'instant où tu parlais à ton supérieur pour dire que tu avais un problème physique ou psychologique, tu étais catégorisé comme une personne faible. Il y a beaucoup de jugement qui se faisait à ce niveau.

[...] il y avait beaucoup de monde qui souffrait dans le temps, pareils que moi, mais on ne le savait pas, puis qu'est-ce qu'on faisait, c'est qu'on buvait. Tu sais, on buvait, puis on sortait dans les bars, puis on se battait, puis on buvait, puis... *Soft medicate*, qu'ils appellent, là. Puis personne n'osait dire n'importe quoi, parce que les exemples de ne pas dire de quoi était... de dire de quoi étaient partout. Ça fait qu'aussitôt que tu disais que tu avais mal, même à la jambe, tu étais cantinier, tu sais! Tu étais « oh, tu t'en vas, tu n'es plus dans la compagnie, on t'envoie au *mess*, puis tu vas être bar tender au mess ». Ça fait que personne ne disait un mot, là. Même, tu avais mal au dos, tu avais mal aux genoux, tu avais mal n'importe où, tu ne disais pas un mot, parce que tu perdais ta carrière, tout de suite « bien là, tu n'es plus capable de faire la job de fantassin, tu t'en vas faire de quoi... » Ça fait que, que ça soit n'importe quoi physique, ça fait que... qu'est-ce que tu faisais, quand tu avais mal au dos, quand tu avais mal aux genoux, tu allais voir [00 :21 :41], tu demandais pour des *Tylenol*, puis tu pognais des *Tylenol* puis tu continuais, oui. Ça, c'était pour tout, tout, tout, puis c'est encore pire pour santé mentale... (3-13-9)

La culture machiste présente au sein des FAC, n'aide en rien au bien-être des militaires, au contraire elle nuit à l'atmosphère d'humilité humaine nécessaire à la recherche d'aide. Certains informateurs ont employé le terme de « l'escalier de la honte », pour désigner l'escalier que doivent emprunter les militaires lorsqu'ils vont chercher de l'aide en santé mentale à la base de Valcartier. La seule évocation de ce surnom souligne tout le poids que doivent surmonter les militaires, tout le courage que ces êtres blessés dotés de sensibilité humaine doivent mobiliser pour chercher l'aide qui leur est due.

[...] OK, je savais que ce n'était pas physique, mais, tu sais, je n'avais pas de bras cassé, rien de ça. Ça fait que l'autre étape, bien c'est sûr que c'est rendu dans la tête. Ça prend... ça prend du courage pour aller monter les escaliers de la honte à Valcartier. » (4-4-9)

J'avais peur d'aller chercher de l'aide, j'avais peur de monter l'escalier de la honte, je sais ce que le monde pense. J'entends à job « *check* l'autre il a été cherché un congé, parce qui ne veut pas travailler ou regarde l'autre utilise le système, il n'est même pas malade, il *fake*... (9-25-9)

Toutes ces réponses soulignent un manque flagrant de connaissance de la part de la chaîne de commandement à l'endroit des BSO.

5.4 Le post-déploiement sans l'armée

La dixième question cherchait à savoir si les informateurs avaient eu besoin ou avaient encore besoin de recourir à des services spécialisés hors de ceux de la base, en plus de ceux des FAC, ainsi que la raison qui auraient nécessité le recours à ces services. Durant leurs années de services, six informateurs ont eu besoin de recourir à des services spécialisés autres que ceux offerts par les FAC : ils ont été référés à des psychologues civils spécialisés en BSO. Les raisons de ces références hors base varient sur le thème du manque de personnel en santé mentale, en particulier des psychologues spécialisés en BSO. Par exemple, sur la base de Borden, il n'y a aucun spécialiste en BSO, sur la base de Shilo il n'y a aucun psychologue, les FAC doivent sous-contracter des services; il n'y a aucun psychologue francophone à la base de Borden. Au moment de leur retraite, les militaires souffrant de BSO sont systématiquement référés à des services extérieurs, car ils n'ont plus accès aux ressources des FAC. Dès ce moment, ce sont les AC qui prennent en charge ces individus. Un des informateurs qui a eu recours à des services spécialisés hors de la base voulait que l'on spécifie ce qui, à son avis, pourrait aider à répondre aux besoins des militaires. Il croit fermement que les professionnels en santé mentale travaillant auprès des militaires devaient tous être des civils.

Ça, ça va aider super gros, OK. Il ne faut absolument pas, jamais, jamais, jamais que l'armée soit au contrôle des docteurs, des soldats qui reviennent de la guerre. [...] Il ne faut pas jamais qu'un docteur de santé mentale puisse

être corrompu ou manipulé ou contrôlé, sinon, toute crédibilité dans votre profession est perdue. Ça va tourner mal à plein. Puis, j'ai déjà entendu des amis, à Petawawa, qui ont entendu des psychologues de l'armée dire que les soldats, c'était des lamenteux, puis des choses comme ça, là. Ça, là, ça a fait du dommage pas mal plus que l'Afghanistan puis la Croatie. On a pris dix pas en arrière avec ça. Ils ont la mentalité que l'armée, c'est des lamenteux, puis des ci, puis des ça. C'est bien de valeur, mais ça a coupé tous les ponts qu'ils avaient rebâtis, que les gens qui avaient du cœur, qui ont essayé d'aider, ont bâtis. Si ça ne serait pas des docteurs civils que j'ai eus quand je suis revenu d'Afghanistan, je serai mort. Là, là. Je n'aurais pas eu de vie pantoute. Ma qualité de vie est encore pas la meilleure..... donne-moi-le, je vais leur dire. Parce que si on ne met pas ça, là, oublie ça, c'est fini. On n'a pas confiance dans notre chaîne de commandement, on n'a pas confiance dans le gouvernement, puis on n'a certainement pas confiance aux politiciens. On a perdu... ils ont perdu le contrôle de ça eux autres là, les officiers. Ça fait qu'en étant ces médecins milliaires officiers, ils sont *scratchés off, right off the bat*. (7-31-8)

Ce n'est pas le seul informateur qui a mentionné que les médecins ne devraient en aucun lieu être des miliaries. Les informateurs n'ont pas véritablement confiance aux capacités de la chaîne de commandement de comprendre leurs besoins, et ils n'ont pas plus confiance aux médecins, qui sont des officiers des FAC. IL semble qu'il y ait là un problème de perception à corriger.

La onzième question interrogeait les informateurs pour savoir si le recours à des services hors des FAC avait mieux répondu à leurs besoins, si oui, pourquoi et comment. Cette question comprend plusieurs réponses, puisque certains informateurs ont eu recours à des services spécialisés plus d'une fois durant leurs services. Rappelons que six informateurs ont eu recours à des services hors des FAC, dont un retraité. On a constaté que trois informateurs ont dit que dès leur première rencontre, ils ont trouvé que le service externe répondait mieux que le service fourni par les FAC. Voici trois extraits qui indiquent que la qualité des médecins hors base était meilleure, qu'ils se sentaient mieux compris, sans jugement et sans sentir n'être qu'un numéro.

Si ça ne serait pas des docteurs [externes] que j'ai eus quand je suis revenu d'Afghanistan, je serai mort. Là, là. Je n'aurais pas eu de vie pantoute. Ma qualité de vie est encore pas la meilleure... (7-33-11)

Mais la qualité de docteurs que j'ai eus en dehors des Forces est mieux, je trouve... docteure (nom) est très, très connaissante en BSO. Des Forces... Bien, je comprends, parce que moi je comprends les Forces assez, que les Forces armées canadiennes, les docteurs dans les Forces, c'est des employés des Forces. Leur job, c'est de donner un *plaster*, puis retourner au combat. [...] (3-25-11)

Pour moi lors de ma retraite, l'aide en dehors des Forces a été super pour mon cas, je ne me suis pas senti jugé une fois, compris... T'sé les docteurs dans les Forces ne sont pas les plus compétents, ont prends souvent les restes des docteurs civil, tu comprends?...faque les docteurs en dehors sont mieux. (8-35-11)

Les expériences des trois autres informateurs ont été insatisfaisantes. Rappelons qu'un des informateurs a eu recours à un psychologue civil dans une autre région et que celui-ci n'a jamais diagnostiqué sa BSO; identifiant plutôt un problème d'anxiété devant être traité par médication. Ce n'est qu'après son transfert à Borden que l'informateur a reçu un service de qualité. Un des informateurs relate avoir vécu une mauvaise expérience avec un psychologue : suite à l'intervention avec ce professionnel, son état s'est aggravé, l'intervention ne répondait pas à son besoin. Le troisième informateur a également vécu une mauvaise expérience avec trois professionnels en santé mentale avant d'obtenir un service adéquat; la personne en santé mentale qui ne savait pas quoi faire avec lui, le psychologue contractuel vu mensuellement et l'infirmière en santé mentale étaient d'avis qu'il ne souffrait pas BSO. Ce qui indique que la qualité des services externes aux FAC dépend de la personne consultée.

Le troisième informateur bénéficiant d'une aide-externe aux FAC dit être déçu, indécis aussi à savoir si ce service l'avait véritablement aidé, il s'attendait à bien davantage de résultats, il a hésité dans sa réponse à savoir si le service externe avait mieux répondu à ses besoins que les services des FAC.

Bien, des fois, j'ai l'impression que peut-être je m'attendais plus à avoir des questions « OK, c'est quoi que tu veux savoir? », des choses spécifiques, tu sais. Tu contes en gros ton histoire, mais je m'attendais peut être d'avoir plus de questions pour savoir des choses spécifiques, je veux dire, pour peut-être j'aurais parlé plus en détail de ce qui est arrivé. Mais là, souvent, c'est ça, j'arrive là, c'est ça, je parle *whatever*, puis c'est moi qui décide qu'est-ce que je parle ou pas. Ça fait que c'est ça que je trouvais qui... je trouvais ça bizarre un peu, tu sais, peut être que je me serais ouvert plus, avoir eu certaines questions ou j'aurais parlé de choses plus... ça fait que c'est ça, je parle un peu de ce qui me tente, puis c'est tout, là. (6-23-11)

Ici on constate que les services offerts hors de la base, non pas répondu davantage adéquatement leurs besoins que ceux offerts auprès des FAC.

Cela conclut l'interprétation des résultats de recherche. Le chapitre suivant présentera une synthèse des résultats en lien avec le cadre théorique, c'est-à-dire, avec la théorie écologique du développement humain de Bronfenbrenner qui a été élaborée au chapitre deux.

CHAPITRE 6

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Dans le chapitre précédent, nous avons présenté les résultats de notre recherche en procédant à l'exposé des résultats des quatre thèmes de notre canevas d'entrevues. Nous procéderons à cette évaluation à partir de la théorie écologique du développement humain de Bronfenbrenner, telle que nous avons esquissé cette théorie dans le deuxième chapitre. Rappelons que cette théorie considère que l'environnement de l'individu se compose de quatre sous-systèmes, que l'individu est tout entier compris dans son environnement et que la perception qu'il a de son environnement doit être incluse dans l'analyse de la réalité (Bronfenbrenner, Urie, 1979).

6.1 De la théorie écologique et ses cinq sous-systèmes aux recommandations

Les quatre systèmes de la théorie écologique sont : l'ontosystème, le microsystème, l'exosystème et le macrosystème. Nous passerons maintenant en revue l'impact d'une BSO sur la vie des militaires dans chacun des sous-systèmes, de manière à dégager des recommandations spécifiques pour chacun de ces sous-systèmes.

Rappelons que nos questions de recherche étaient : qu'elles sont les besoins des militaires souffrant de BSO, lorsque ces militaires reviennent de missions? Comment mieux répondre à ces besoins?

6.1.1 L'ontosystème

L'ontosystème représente les caractéristiques de l'individu, de sa personnalité à ses habiletés, en passant par les défis spécifiques qu'il rencontre et le bagage de ses expériences de vie. L'ontosystème est ce qui définit l'individu. Tout individu est en changement constant dans sa vie, il demeure lui-même, tout en étant transformé par ses

expériences de vie. C'est ce parcours qui définit sa personnalité « ici et maintenant », telle qu'il s'est présenté à nous au moment de l'entrevue (Absil, et *al.*, 2012).

Tous les informateurs ont mentionné lors de leur entrevue qu'ils ont vu des atrocités, la mort de très près, la destruction et la misère et une grande pauvreté partout autour d'eux. La peur de mourir, la vue des enfants morts, la senteur des animaux morts... Aucun des informateurs n'avait imaginé voir de telles atrocités, aucun n'a dit avoir été préparé à ces images, aucun n'a mentionné qu'il s'attendait à être si profondément affecté, si intensément bouleversé par ces expériences. Les informateurs qui ont participé à des missions de paix avec l'ONU ont exprimé leur impuissance face à cette mission; les viols, les enfants morts sur le bord des rues, les balles qui sifflaient autour d'eux, etc., tout cela a détruit de l'intérieur des choses qu'ils prenaient pour acquis, ne pouvant croire que l'humanité pouvait agir de cette manière. Les informateurs qui ont participé à des missions de l'OTAN n'avaient pas ce sentiment d'impuissance, car les règles d'engagement régissant leur mission leur permettaient l'utilisation de la force. Cependant, ils ressentaient tous le même sentiment de destruction à l'intérieur d'eux. Avec toutes les atrocités qu'ils ont vues, ils se sont tous posé la même question : comment l'Homme peut-il être capable de commettre pareille chose?

Les militaires qui ont été déployés en théâtre d'opérations ont été affectés à divers degrés par l'expérience du terrain, selon leur personnalité, selon la préparation préalable à la mission et surtout, selon l'expérience vécue lors de la mission. De nombreux auteurs (Westwood et al., 2010 ; Stretch, 1990 ; Richardson et al., 2008; Nelson et al., 2011; Fikretoglu et al., 2007; Romanoff, 2006) ont souligné que les militaires qui reviennent d'un théâtre d'opérations sont à haut risque de développer une BSO, car la guerre est un milieu stressant et plus particulièrement la guerre telle qu'elle se pratique aujourd'hui. Comme mentionné dans un chapitre précédent, Denton a proposé de préciser que le théâtre d'opérations est en fait une sphère de combat, dû au changement de la guerre, et il l'explique très bien.

Il semble n'y avoir aucune limite aux types d'armes que les esprits inventifs peuvent créer pour détruire leurs adversaires : systèmes d'armes spatiaux, guerre cybernétique, guerre biologique, guerre électronique, guerre économique, etc. Le concept de « champ de bataille » évoque désormais des images archaïques de soldats britanniques dans leur uniforme rouge (*Red Coats*) adoptant une formation en carré pour repousser la cavalerie. C'est pourquoi l'adoption du terme « espace de combat » fait l'objet d'un consensus de plus en plus large. Bien que le concept d'espace de combat comporte certains avantages (j'y ai moi-même eu recours), il s'avère inadéquat pour décrire la guerre du XXI^e siècle [...]. (Denton, 2012, p.26)

On est loin des escarmouches des sociétés pré-politiques ou de la guerre de mouvement des sociétés traditionnelles. Cela ne signifie pas qu'il n'y avait pas de BSO dans les guerres précédentes, mais la guerre d'aujourd'hui est distincte de tout ce qui se faisait jadis.

Personne ne peut être mentalement prêt à vivre et à voir l'horreur de la guerre, car la guerre n'est physiquement et mentalement bonne pour personne. C'est ainsi que chacun des informateurs a raconté être revenu du théâtre d'opérations changé, au sens de n'être plus la même personne qu'avant la mission. Chacun a indiqué avoir mis du temps à comprendre ce qui lui arrivait, chacun a vécu une période assez longue de tourment, de douleur morale, de mal de l'âme, jusqu'à ce qu'il puisse bénéficier d'un support psychologique et éventuellement, d'un traitement.

Ici, un des besoins que les militaires ont mentionnés est le fait de ne pas être assez préparé à l'horreur de la guerre, on reconnaît que les militaires ne peuvent être préparés totalement à cette réalité et les études disent plus que les militaires vont en mission, plus haut est le risque de développer une BSO. Serait-il possible d'établir un nombre limité de déploiements par personne tout en respectant le besoin opérationnel des FAC? On sait que certains militaires peuvent faire un ou deux tours durant leur service, mais il y en a aussi qui peuvent en faire cinq ou plus. Tel est le cas avec trois informateurs de notre étude. Il ne faut pas moins d'une mission pour déclencher une BSO, mais peut-on réduire le risque associés aux déploiements multiples ?

Rappelons que le programme En route vers la préparation en santé mentale (RVPM) prévoit que le protocole de déploiement soit précédé d'une formation sur la reconnaissance des signes d'une BSO pour tous les soldats déployés, ainsi d'une préparation à l'endroit du déploiement. Cependant, les militaires peuvent-ils être vraiment préparés? Ce qui nous amène à penser qu'il devrait avoir une révision à ce programme, tout en ayant en tête le besoin des militaires; qu'ils ne sont pas assez préparés à voir les atrocités qu'une guerre peut engendrer !

6.1.2 Le microsystème

La section précédente documente combien le théâtre d'opérations influence fortement l'ontosystème, c'est-à-dire l'individu lui-même dans ce qui constitue sa subjectivité, son identité propre, ainsi que son comportement. Voyons maintenant comment le théâtre d'opérations influence le microsystème de l'individu, soit son milieu de vie. Ce milieu de vie comprend à la fois la famille, les collègues, le milieu de travail et les amis (Bronfenbrenner, Urie, 1979). Une BSO affecte les relations du microsystème d'un militaire autant que la qualité des relations du microsystème affecte une BSO.

Notons tout d'abord que les études ont montré que l'aide et le support des frères d'armes est d'une grande importance à la guérison des BSO :

Le soutien des pairs s'avère particulièrement bénéfique. Selon certaines recherches, il est essentiel que les personnes souffrant d'une BSO restent en contact avec leurs collègues (par exemple, des militaires ou des camarades anciens combattants) puisque c'est ce qui permettrait une « interaction sociale », ce qui les aiderait du même coup à se soutenir les uns les autres grâce aux expériences qu'ils ont partagées. Le soutien des camarades est thérapeutique, affirme M. Corneil, « il réduit également les symptômes et [...] aide à récupérer et à guérir (Sous-comité des anciens combattants, 2015, p.4).

Qui plus est, la recension des écrits a souligné l'importance du soutien familial auprès d'un militaire qui revient de mission. Robert (1990), mentionne que l'intensité et

la qualité du soutien familial sont inversement proportionnelles aux manifestations symptomatiques d'une BSO. Les recherches de Westwood et al., (2010), Anders (2007) et Firkretoglu, (2008) montrent l'importance du soutien de la famille du militaire lorsqu'il revient de mission. La qualité de ce support joue un rôle central pour permettre la réintégration du militaire dans un environnement de confiance et de bien-être. De même, la réintégration de l'individu dans une relation saine, avec le partenaire de confiance, permet un rétablissement plus rapide d'un individu affecté par une BSO. La famille est donc un important facteur de protection du militaire.

C'est ainsi que de parler de BSO dans le contexte du microsystème implique de comprendre que le dépistage, le traitement et le support aux militaires sont des processus non pas individuels, mais collectifs puisque le rétablissement d'une BSO implique les proches et le systèmes-client.

Présentement, la structure des services des FAC pour répondre aux besoins des militaires ayant une BSO est conçue de manière plus individuelle que collective. Les membres souffrant d'une BSO sont responsabilisés dans la poursuite d'un processus dont ils ne comprennent pas forcément les rouages ni la raisons d'être, ce qui ne peut qu'accroître le fossé entre les besoins réels et les besoins anticipés de la personne souffrante. De ce fait, certains informateurs ont mentionné avoir bénéficiés de suivis post-déploiement plusieurs mois après leur retour, certains n'ont tout simplement pas été suivi au retour de mission. N'avoir personne à qui se confier (ce qui est différent de personne à rencontrer), ou avoir à raconter à plusieurs reprises l'histoire ayant menée à une BSO, a largement complexifié le processus de guérison, dans la confiance, la sécurité et le réconfort (Informateurs 5-7-8).

Pour répondre à ces difficultés, les FAC auraient avantage à s'affilier au programme Soutien social; blessures de stress opérationnel (SSBSO) pour assurer le processus d'aide. Souvenons-nous que le programme SSBSO consiste en un soutien par les pairs offerts aux militaires des Forces canadiennes, aux anciens combattants et aux membres

de leurs familles qui ont été affectés par une BSO, avec ou sans un diagnostic. Le rôle du bénévole ou du coordonnateur de ce programme auprès des militaires est d'accompagner, d'écouter, d'éduquer et de référer, au besoin les membres souffrants au programme SSBSO. L'avantage de cette affiliation débute par la confiance mutuelle qui s'établit entre militaires. Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre portant sur les programmes, les personnes-ressources de ce programme doivent avoir subi une BSO durant leur service, ce qui crée un contexte propice aux confidences. Parler avec une personne qui a le même problème et qui est passée par le même chemin est d'une grande importance : un frère d'armes agit comme meilleurs soutiens. Rob Anders (2007) souligne la plus grande qualité du dialogue, la plus grande écoute et la plus grande compréhension sans jugement lorsque l'aide procède du programme SSBSO.

Aussi, il est très important de préserver la cellule familiale, en particulier la qualité de la relation conjugale, puisque comme indiqué dans les études Westwood et al., (2010), Anders (2007) et Firkretoglu (2008), une relation de couple saine joue un rôle important dans la guérison des BSO. Les informateurs de notre recherche qui ont vécu une séparation (informateurs 1 et 6) et celui qui a reçu un ultimatum de la part de sa conjointe (informateur 4) ont indiqué que la qualité de leur relation à nuit à leur bien-être. Ils auraient aimé être capable de se confier à une personne intime, sur qui ils pouvaient réellement compter. La quatrième phase du RVPM prévoir une période de décompression dans un lieu à mi-chemin entre le théâtre d'opération et le lieu familial d'une durée d'une semaine pour les militaires qui reviennent de mission. Dans ce même esprit et à partir des mêmes principes, peut-être serait-il intéressant de considérer l'ajout une fin de semaine de décompression en couple? Peut-être qu'ainsi on maximiserait le retour du théâtre opérationnel dans un climat de confiance et de bien-être du couple?

À ce sujet, le départ pour un déploiement est jugé comme étant très difficile pour la famille. Le retour l'est jugé comme tout autant, sinon plus.

Par conséquent, les relations à l'intérieur de l'unité familiale en souffrent. La période de réintégration qui suit un déploiement est souvent tumultueuse ou imprévisible, car les partenaires se libèrent de leurs stress respectifs des tâches opérationnelles et d'être un seul parent et renégocient les rôles et les responsabilités. La plupart des familles ont indiqué qu'il fallait entre un mois ou jusqu'à plus d'une année pour qu'elles reviennent au rythme familial préalable au déploiement. Dans certains cas, les relations avec les partenaires ou les enfants n'ont pas du tout été rétablies (Daigle, 2013 p. 5)

Conséquemment, la famille a besoin d'être davantage outillée au niveau de ce qu'est un BSO et ses symptômes. Ces personnes doivent être capables d'en reconnaître les signes pour être en mesure de signaler, d'intervenir et de soutenir une personne souffrante de BSO. N'oublions pas que plus vite la personne souffrant d'une BSO trouvera de l'aide, plus vite sera le processus de guérison (Fikretoglu et *al.*, 2007 ; Richardson et *al.*, 2008).

Les partenaires des informateurs qui vivaient en couple lors du déploiement ont remarqué que le comportement de leur conjoint avait changé depuis la mission précédente, mais aucun n'était en mesure de nommer ou de comprendre précisément ce qui se passait. Confus, inconscient de la source de leur problème réel, les militaires repartaient tout de même de nouveau en mission. La présence d'un partenaire informé des signes d'une BSO lors des processus de pré et post-déploiement aurait certainement le potentiel de préciser les informations cumulées sur le militaire lors de ces rencontres, permettant de mieux trianguler les sources de données, et de mieux documenter l'évolution de la BSO et des situations psychosociales à surveiller. Advenant une déclaration ultérieure de BSO, le dossier une fois épluché permettrait alors de recenser et de documenter au long court l'évolution de la situation. Sans compter que les compensations éventuelles pourraient en être ainsi ajustées.

En reconsidérant une perspective plus collective de la BSO, nous sommes à même de croire que les membres des FAC en sortiraient davantage gagnants. La résilience naturelle de leur microsystème serait ainsi davantage exploitée, comme en témoigne le Dr Sareen :

Un pourcentage substantiel de gens, probablement 50 ou 60 p. 100 s'en remettent sans traitement psychologique ou psychiatrique et au fil du temps, ils ne répondent plus aux critères relatifs au TSPT [ESPT], ou à d'autres types de BSO. [...] ce n'est pas tout le monde qui a besoin de recevoir un traitement. Nombreux sont ceux qui guérissent spontanément grâce au soutien de leur famille et de leurs camarades (Sous-comité des anciens combattants, 2015, p.5).

6.1.3 L'exosystème

L'exosystème réfère aux diverses instances et milieux qui affectent le cours de la vie d'une personne, qui se situent au-delà des influences directes des acteurs des microsystèmes. Il s'agit de l'État, de ses politiques, de l'opposition politique, des médias traditionnels et des médias sociaux, ainsi que de l'opinion publique (Bronfenbrenner, Urie, 1979). Toutes ces sphères d'activités participent et influencent directement ou indirectement la vie des militaires, c'est à partir de là que se décident les campagnes en faveur ou contre une mission, en support ou non à l'ajout de personnel en mission, en support ou non à l'ajout de ressources pour l'intervention, en support ou non à l'augmentation des budgets consacrés au traitement des BSO, etc. Contrairement à toutes les guerres précédentes, la population d'aujourd'hui n'est plus consciente que des militaires de leur pays sont partis en guerre : l'effort de guerre ne prend pas la même forme qu'avant. L'effort de guerre s'est dissocié de l'espace public et de la conscience citoyenne, et cette disparition a également fait disparaître le soldat en tant que réalité emblématique de l'action de l'État canadien dans le monde.

Il est ainsi un peu paradoxal qu'à l'ère de l'explosion de l'information la société ne soit pas véritablement informée des missions militaires canadiennes. En fait, le contexte subjectif de la société contemporaine est toujours mouvant, d'humeur changeante et les certitudes n'existent pas. Tout cela influence fortement la vie d'un militaire, parce que c'est aussi là que se fait et se défait la réputation des FAC. Plusieurs études montrent que la population, et plus particulièrement la reconnaissance sociale (source dont on a parlé), joue un rôle important sur la guérison des militaires. Le sous-comité des anciens

combattants (2015) a entendu des témoignages sur la nécessité continue de sensibiliser et d'éduquer davantage la population sur la santé mentale. Également, la stratégie du médecin général mentionne :

Le stigma demeure un problème qui est impossible d'éliminer complètement... [...]Étant donné que l'effectif des FAC est en perpétuel changement et que les membres des FAC font partie de la société canadienne et sont influencés par elle, les FAC et la société ne doivent pas ménager aucun effort pour s'attaquer à ce problème. (Stratégie du médecin général en matière de santé mentale, 2017, p. 6)

Ainsi, des études ont constaté qu'un des problèmes liés à l'exosystème est la non reconnaissance sociale, et plus largement, la non conscience sociale de l'effet dévastateur des BSO qui affectent les militaires qui reviennent de mission. Alors, les FAC doivent améliorer le travail de conscientisation des effets des BSO auprès de la population civile. Les études mentionnées ci-dessus ont reconnu que le soutien social auprès de la famille et des pairs est d'une grande importance pour la guérison de BSO. De même, il est aussi important d'avoir un soutien auprès de la population, car le soutien est un facteur de protection. Guay et Marchand décrivent le facteur de protection :

La présence de facteurs de protection contribue à rendre une personne résiliente (Masten et Coatsworth, 1995). La résilience implique la capacité de s'adapter malgré la présence de stressseurs ou de facteurs de risque et de se redresser après avoir vécu un événement traumatique (Higgins, 1994). L'individu résilient se sent capable de maintenir un fonctionnement physique et psychologie stable même après un trauma (Bonanno, 2004). Guay et Marchand, p.52)

Bien que l'État ait investi beaucoup d'argent dans des programmes de santé mentale pour répondre aux besoins des militaires depuis les dernières années, en particulier depuis 2008, bien que l'on ait constaté une importante réduction de temps pour accéder aux soins, il y a encore un bon nombre de militaires qui ne vont pas chercher l'aide pour se faire soigner. Un des obstacles qui a trait à l'obtention des soins de santé est l'attitude négative envers les soins de santé mentale auprès des militaires. Par exemple, le fait de considérer que ces soins sont inefficaces ou nuisibles (Stratégie du médecin général en

matière de santé mentale, 2015) ou le fait de nommer l'escalier de la honte celle qui mène au service de soin, montre qu'il y a un énorme travail de conscientisation à la légitimité des blessures psychologiques. L'attitude négative envers les blessures psychologiques a été soulignée par l'ensemble des informateurs. Les questionnaires pré-déploiement et post-déploiement sont trop courts, les questions sont trop générales, il est facile de mentir. De plus, les militaires n'ont pas confiance aux médecins de l'armée, ils les trouvent incompetents. Le fait de devoir raconter son histoire à plusieurs personnes avant d'être soigné, fait que les militaires souffrants ont le sentiment de n'être ni respecté ni compris. Le manque de personnels, les dossiers perdus, tout cela est nuisible aux efforts des FAC dans le dossier des BSO.

On comprend les frustrations mentionnées par les informateurs, car leurs expériences avec les programmes n'ont pas toujours été satisfaisantes. Cependant, il faut reconnaître que les militaires ont une part de responsabilisation également, lorsqu'ils décident de ne pas dire la vérité en réponse aux questions ou lorsqu'ils ne cherchent pas l'aide disponible tout en sachant que quelque chose ne va pas bien « dans leur tête ». La question est alors de savoir pourquoi les militaires ne disent pas la vérité, pourquoi ne cherchent-ils pas l'aide qui leur est nécessaire alors même qu'elle est disponible? Il faut amener le militaire à se responsabiliser davantage à aller chercher de l'aide, en se penchant sérieusement à la fois sur la culture machiste et sur l'absence de ressources.

Pendant cette période, ces personnes souffrent inutilement et ne sont pas aussi productives qu'elles pourraient l'être, et leur problème de santé peut devenir encore plus difficile à traiter. (Stratégie du médecin général en matière de santé mentale, 2017, p. 5)

De plus, dans son rapport spécial de 2012, Pierre Daigle mentionne qu'il a un manque de personnel soignant au sein des FAC :

Les constatations moins favorables comprenaient : la pénurie chronique de personnel mentionnée précédemment, et ce, malgré les efforts déployés en matière de recrutement et la mise en place de mesures d'atténuation, ce qui représente un déficit de fournisseurs de soins de première ligne de 15 à 22 p.

100 afin de pouvoir continuer à répondre aux besoins des FC en matière de soins en santé mentale. (Daigle, 2012, p. 3)

Le manque de personnel dans les bases est évident, en particulier en ce qui concerne le personnel bilingue, le personnel qualifié et les spécialistes. Sur le bilinguisme, et bien qu'il s'agisse là d'un immense problème lié à la fois aux finances de l'État et à l'incompréhension générale des politiques de bilinguisme, que ce n'est pas le pays qui est bilingue mais seul une petite partie de sa population, et que donc le personnel bilingue est toujours en soi une question de probabilité et de volonté politique. Le fait demeure : il faut remédier à ce manque de ressources. On a juste à penser à l'informateur qui n'a pu voir un psychologue qu'une fois par mois, faute de ressources francophones sur la base, ou que l'on pense aux informateurs de la base de Borden qui ont dû consulter à l'extérieur de la base pour la même raison. Le gouvernement a investi des millions de dollars dans la santé mentale, mais le personnel spécialisé en santé mentale est déficient. Une solution résiderait dans le rapatriement des militaire francophones sur une base francophone. Les FAC devraient investir davantage dans le recrutement de professionnels en santé mentale et développer une stratégie de rétention, en particulier en ce qui concerne le nombre des médecins possédant une expertise en santé mentale. De manière, les FAC développeraient une expertise précieuse sur le phénomène des BSO.

Également, un autre problème a été identifié en relation avec ce système, celui des services des anciens combattants (ACC). En effet, trois informateurs devant être libérés pour des raisons médicales ont souligné qu'ils avaient peur de ne plus bénéficier des services dont ils auront besoin après la vie dans les forces. Selon nous, cette une question mérite davantage d'attention, car la retraite signifie un isolement plus important. Rappelons certaines conclusions du rapport du sous-comité des anciens combattants :

Un des domaines où il est possible d'améliorer la situation est celui de la transition à la vie civile des membres des FAC qui sont blessés ou malades.

Même si des fonctionnaires des FAC et d'ACC ont indiqué au sous-comité que leurs organisations s'efforcent le plus possible de procéder à une transition vers la vie civile sans heurts, M^{me} Evan a souligné qu'il y avait encore des « problèmes » avec « le transfert du ministère de la Défense nationale à celui des Anciens Combattants ». Les explications de M^{me} Evans : « Une fois libéré de l'armée, on devient pour ainsi dire un client des Anciens Combattants; les Forces canadiennes et le ministère de la Défense nationale ne sont plus responsables de nous fournir de l'appui en matière de santé mentale. D'après ce que nous ont dit certains anciens combattants, devenir un client du ministère des Anciens Combattants est un processus assez compliqué, qui comporte beaucoup de paperasse. » De plus, selon le colonel Downes, « il peut parfois devenir difficile de prodiguer les soins nécessaires aux militaires qui quittent les Forces du fait que certains vont s'installer dans des régions éloignées où ils n'ont pas nécessairement accès à toute la gamme des services que nous souhaiterions leur offrir ». (Sous-comité des anciens combattants, 2015, p.28).

6.1.4 Mésosystème

Le mésosystème fait référence aux interactions entre différents microsystèmes, il occupe une place importante dans le développement de la personne, puisqu'il désigne le recoupement des liens que tissent le militaire avec les autres systèmes.

Ce système réfère à la frontière entre le militaire, la chaîne de commandement et l'employeur qui est les FAC. On peut dire que la frontière qui existe n'est pas très étanche, on pourrait la qualifier même de poreuse. Effectivement, l'employeur est aussi le prestataire des soins du militaire, ce qui signifie que c'est l'employeur lui qui décide du moment où un militaire doit être libéré des FAC pour raison médicale. Par exemple, si un militaire comme souffrant d'une BSO, une catégorie médicale temporaire (d'une durée d'à peu près une année) lui sera alors octroyée afin de permettre l'établissement d'un plan de soins. Cependant, si après deux catégories temporaires le militaire ne va pas mieux, il risque fort d'être désigné d'une catégorie médicale permanente et il devra

alors quitter les FAC (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2017) pour cause de ne pas répondre critère de l'universalité du service³².

Conformément au principe d'universalité du service des FAC, les membres doivent être en mesure d'accomplir un certain nombre de tâches militaires fondamentales en tout temps en plus d'être physiquement aptes à servir en mission aux quatre coins du monde, pratiquement sans aucun préavis. (Sous-comité des anciens combattants, 2015, p.11)

Cet élément lié à l'universalité de services peut se faire ressentir au niveau de l'aide requise par un militaire. Comme que mentionné dans l'exosystème, un des obstacles à la guérison d'un militaire souffrant d'une BSO, est la peur de perdre son emploi. Durant la recherche, fin, une conséquence possible d'une BSO est de se voir exclure des forces. Certains informateurs ont mentionné qu'ils ont eu peur d'aller chercher de l'aide, car, à la fin, ils redoutaient la possibilité de sortir des FAC, se retrouver sans salaire et de se retrouver dans le monde civil qu'ils ne connaissaient pas si bien :

La majorité des militaires qui sont libérés des FC pour des raisons médicales le sont contre leur gré. [...] La transition vers la vie civile représente dont une étape douloureuse pour un grand nombre. Les bouleversements liés à cette transition, ainsi que la perte d'un environnement professionnel et social structuré, constituent un risque supplémentaire sur le plan de la santé mentale. (Paré, 2011, p.13)

Dans cette situation, il devient alors très difficile pour les militaires de faire une distinction entre leur employeur et celui qui prend soin d'eux. Ici pour répondre mieux aux besoins des militaires, il faut trouver une manière à améliorer la frontière de sorte que les militaires se sentent en confiance d'aller chercher de l'aide.

³² Le principe de l'universalité du service, ou principe du « soldat d'abord », sous-entend que les militaires doivent exécuter les tâches militaires d'ordre général ainsi que les tâches communes liées à la défense et à la sécurité en plus des tâches de leur groupe professionnel militaire ou de leur description de groupe professionnel militaire. Entre autres, les militaires doivent être en bonne condition physique, aptes au travail et à être déployé pour effectuer des tâches opérationnelles générales (Défenses nationale et les Forces armées canadiennes, 2017)

6.1.5 Macrosystème

Le dernier système qui influence le militaire et sa guérison, et sur lequel le militaire à le moins de prise, est le macrosystème, il réfère aux valeurs de la société, à sa culture et à son histoire. Ce sous-système englobe l'ensemble des autres systèmes. Il circonscrit les régularités (patterns) qui définissent les formes de la vie en société.

La question qui a amené beaucoup de frustration et de commentaires auprès des informateurs a été la question reliée à la confiance envers la chaîne de commandement. Cette question a engendré des informations que l'on n'abordait pas dans le questionnaire, mais qui pour nous semblent très importantes à mentionner, car elles influencent directement l'individu et sa guérison de BSO. On se rappelle que tous les informateurs ont insisté sur le fait qu'ils n'avaient pas confiance en leur chaîne de commandement, au moment où il fallait parler de leurs problèmes psychologiques, ils ressentaient des formes de stigmatisation, encore présente au sein des FAC. Comme le mentionnait le sous-comité des anciens combattants :

Plusieurs témoins ont insisté sur le fait que l'élimination de la stigmatisation associée aux BSO et aux autres problèmes de santé mentale demeure un important obstacle dans les FAC et dans la GRC. « La stigmatisation en ce qui concerne la santé mentale est encore très grande, il n'y a aucun doute là-dessus, tant au sein des Forces armées que dans la société en général. » Le phénomène est amplifié au sein du monde militaire parce qu'on s'attend à ce que les membres du personnel soient forts – cela fait partie de leur travail. » En ce qui a trait aux FAC, elle a déclaré : « Pour ce qui est des difficultés et des obstacles, on nous dit sans cesse que, même si le ministère de la Défense nationale et les Centres de ressources pour les familles des militaires offrent d'excellents programmes en santé mentale, les soldats ont peur de se faire juger s'ils y ont recours, que ce soit par l'entremise des centres de ressources ou dans le cadre de programmes gouvernementaux plus traditionnels ». (Sous-comité des anciens combattants, 2015 p.25)

Nous sommes conscients que cette culture machiste à l'image Rambo existe depuis très longtemps. Le machisme nuit au bien-être des militaires, ces derniers ont peur de parler, ils ont peur des jugements, ils ne veulent pas être les moutons noirs de leur unité,

pas plus qu'ils ne veulent être affectés à des fonctions subalternes. Il est déplorable qu'elle perdure, au-delà même des nombreuses avancées dans la reconnaissance du fait que la santé mentale de du militaire est largement redevable de son expérience en terrain d'opération.

Il apparaît évident qu'il faut transformer cette dimension du macrosystème, qui s'illustre par la mentalité machiste des FAC, la culture d'invincibilité de l'individu dur avec son corps et cela, à partir même des instances dirigeantes des FAC, voire même jusqu'à l'idée que se fait la société de ce qui est constitutif des qualités d'un soldat en 2018. Ainsi, il ne faut pas seulement changer la mentalité des FAC, mais aussi celle de la société. Une des solutions proposées dans le sous-comité des anciens combattants est de parler davantage de la guérison de la BSO à travers les médias pour contrer la stigmatisation envers la population général : « Dans les médias, il faut diffuser des histoires heureuses de guérison et de résilience pour réduire les stigmates associés à l'utilisation des services de santé mentale ». (Sous-comité des anciens combattants, 2015, p. 35)

De plus, il faut continuer à éduquer le fait que la BSO n'est pas une faiblesse de l'individu, mais bien une conséquence des horreurs de la guerre sur le corps humain en général et sur son cerveau en particulier. Il faut continuer d'insister auprès des FAC, sur l'importance d'éduquer les recrues aux divers programmes, tel le PRVM. Ce sont ces recrues qui prennent la relève et c'est à partir d'eux qu'il faut inculquer une nouvelle culture, une nouvelle attitude sur les BSO:

La recherche a montré que les méthodes éducatives comme En route vers la préparation mentale contribuent à réduire la stigmatisation des maladies mentales, qu'elles incitent les personnes à se faire soigner, qu'elles suppriment les obstacles bloquant l'accès aux soins, et qu'elles permettent aux dirigeants à tous les niveaux de mieux comprendre ce qu'ils peuvent faire pour aider leurs collègues membres des FAC (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2018)

De plus, le manque de confiance rapporté auprès des informateurs auprès de la chaîne de commandement est un besoin que l'on doit répondre, car elle très importante à la guérison de la BSO :

Les interventions de la chaîne de commandement influent également sur le mouvement du membre des FAC le long du continuum. Les événements importants de la vie ont certainement des répercussions sur la santé mentale – cependant, l'incidence des petits tracas quotidiens susceptibles de causer la détresse au fil du temps est encore plus grande. Le dirigeant a un rôle à jouer en influant sur les petites choses de la vie quotidienne au travail qui peuvent causer la détresse parmi ses troupes (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2016).

Les leaders sont responsables de leur membre et ont un rôle essentiel à jouer dans la prévention et la gestion de la détresse, dont les BSO (Défense nationale et les Forces armées canadiennes, 2016). Anders (2007) mentionne qu'il est important de reconnaître que les attitudes des autres ont encore une grande influence sur les personnes blessées, et plus particulièrement tes frères d'armes. Alors, aussi longtemps que les soldats ne se sentiront pas confiants à leur chaîne de commandement pour chercher l'aide nécessaire aux soins d'une BSO, les FAC ne répondront pas adéquatement aux besoins des militaires et la stigmatisation associée aux BSO perdurera.

Conclusion

Les FAC ont déjà procédé à de grands changements de culture pour répondre aux besoins en santé mentale des militaires depuis les dix dernières années. Avant 2004, pratiquement rien n'était prévu en réponse aux BSO. Mais à partir de 2004, les FAC ont considérablement investi dans les soins en santé mentale pour les militaires. Nonobstant ces changements, nos informateurs ont identifié plusieurs dimensions des programmes d'aide et de soutien qui doivent être améliorés, dans tous les systèmes et dans tous les sous-systèmes qui influencent la vie militaire, de manière à ce que les FAC puissent répondre plus adéquatement aux besoins des militaires souffrant de BSO au retour d'une mission.

Nous sommes conscients des limites de notre recherche, mais nous espérons participer à l'ouverture de la réflexion avec le personnel des FAC. Nous reprenons une dernière fois les sages propos du sous-comité des anciens combattants :

Notre nation a déjà, au cours de nombreuses générations, pris nos jeunes dans la fleur de l'âge pour en faire de redoutables militaires et agents policiers. Formés à faire le contraire de ce que les êtres humains normaux font face à la mort et à la destruction, nos militaires, agents de police et anciens combattants ont été conditionnés à se battre, à ne pas fuir et à ne montrer aucun signe de faiblesse alors que nous, nous tremblons de peur et d'incertitude. Même si on a prouvé, au fil des siècles, que ces caractéristiques étaient recherchées pour les forces armées ou le service de police national de toute nation, très peu de réflexions ont été menées sur la gestion des risques [psychologiques] découlant de la création de machines de combat aussi efficaces (Sous-comité des anciens combattants, 2015, p.26)

ANNEXES

Annexe A

Programme En route vers la préparation mentale (RVPM)

Aperçu de la formation pour la phase 1 – Enseignement

Module 1 : La santé mentale et le déploiement

Temps alloué : 50 minutes

Objectifs

À la fin de ce module, les participants seront en mesure :

- de parler des connaissances et de la compréhension actuelles des facteurs de stress associés au déploiement
- d'identifier des situations difficiles en cours de déploiement
- de saisir la pertinence de la formation en santé mentale pour le déploiement

Sujets couverts

- Description du déploiement et du combat
- Description des pires scénarios
- Définition de la santé mentale, de la maladie mentale et de la blessure de stress opérationnel (BSO)
- Pertinence de la santé mentale pour le déploiement
- Application des principes de la psychologie du sport au déploiement et à l'amélioration du rendement

Méthode d'enseignement

- Discussion en groupe
- Discussion en petits groupes
- Présentation en PowerPoint
- Témoignage

Module 2 : L'endurance psychologique et le cerveau

Temps alloué : 50 minutes

Objectifs

À la fin de ce module, les participants seront en mesure :

- de comprendre les réactions physiologiques au stress dans un contexte militaire
- de saisir le rôle de l'entraînement militaire dans le contrôle de la physiologie
- d'identifier quatre grandes stratégies pour la gestion du stress

Sujets couverts

- Structure du cerveau
- Physiologie de la réaction de peur – réaction au stress (combat, fuite ou immobilisation – C/F/I)
- Rôle de l'entraînement militaire dans la maîtrise de la peur
- Impact psychologique de la menace asymétrique – le stress en tant qu'arme
- Techniques de contrôle de l'état d'activation physiologique

Méthode d'enseignement

- Vidéoclip « *The Brain* » de History Channel
- Discussion en groupe
- Présentation en PowerPoint

Module 3 : Les quatre grandes stratégies

Temps alloué : 40 minutes

Objectifs

À la fin de ce module, les participants seront en mesure :

- d'améliorer leur rendement en faisant l'acquisition de stratégies d'apprentissage efficaces pour relaxer le système nerveux central
- de comprendre les techniques à appliquer pour prévenir ou combattre les effets du stress, et de se familiariser avec ces techniques

Sujets couverts

- Établissement d'objectifs
- Visualisation/préparation mentale
- Monologue interne
- Contrôle de l'état d'activation (respiration diaphragmatique)

Méthode d'enseignement

- Discussion en groupe
- Exercices individuels
- Présentation en PowerPoint

Module 4 : Préparation psychologique

Temps alloué : 30 minutes

Objectifs

À la fin de ce module, les participants seront en mesure :

- d'identifier les difficultés extrêmes qu'ils peuvent rencontrer pendant un déploiement
- de comprendre les complications du combat et de l'acte de tuer
- de reconnaître les indices de comportement d'une réaction au stress et d'une blessure de stress
- de comprendre les causes des blessures de stress

Sujets couverts

- Défis et complications du combat
- Réactions courantes à l'acte de tuer et aux situations difficiles
- Modèle du continuum de la santé mentale (MCSM)
- Symptômes dans chaque phase du MCSM – en insistant fortement sur la phase de réaction
- Causes d'une BSO
- Rôle des processus naturels de récupération

Méthode d'enseignement

- Discussion en groupe
- Vidéoclip « *Soyez la différence* »
- Présentation en PowerPoint

Module 5 : Valeurs, croyances et sens

Temps alloué : 30 minutes

Objectifs

À la fin de ce module, les participants seront en mesure :

- de comprendre l'impact des valeurs, des croyances et du sens dans la préparation mentale

Sujets couverts

- Les quatre grandes stratégies font toute la différence
- Célébrer les succès
- Pleurer les pertes
- Comportement éthique
- Travail d'équipe et leadership

Méthode d'enseignement

- Discussion en groupe

Module 6 : Considérations familiales

Temps alloué : 50 minutes

Objectifs

À la fin de ce module, les participants seront en mesure :

- de reconnaître les facteurs de stress familial associés au cycle de déploiement
- d'identifier les facteurs de stress familial et de composer avec eux avant le déploiement et pendant la mission
- de reconnaître les ressources disponibles pour la famille et les troupes, pendant un déploiement

Sujets couverts

- Impact du déploiement sur la famille
- Cycle de déploiement
- Facteurs de stress familial avant et pendant un déploiement

- Stress familial pour les militaires célibataires
- Questions associées à l'indemnité de retour de congé (IRDC)
- Stratégies de gestion du stress familial
- Introduction au contenu de la phase 3
- Ressources pour les membres de la famille

Méthode d'enseignement

- Discussion en groupe
- Présentation en PowerPoint

Module 7 : Premiers soins en santé mentale : pour soi-même et pour les pairs

Temps alloué : 40 minutes

Objectifs

À la fin de ce module, les participants seront en mesure :

- de comprendre les stratégies de prévention permettant de demeurer en bonne santé dans le contexte d'un déploiement, telles qu'une saine hydratation, alimentation et hygiène du sommeil
- de comprendre la pratique de la maîtrise des émotions
- de reconnaître le besoin du soutien social pendant les opérations
- de comprendre et mettre en pratique les principes de soutien aux pairs
- de reconnaître les signes avant-coureurs du suicide
- de prendre les mesures nécessaires afin de soutenir un camarade à risque pour le suicide

Sujets couverts

- Nutrition et hydratation pendant un déploiement
- Rôle du sommeil dans la gestion de la santé mentale
- Maîtrise des émotions
- Définition du système de jumelage
- Formation en aptitudes sociales et en entraide
- Signes avant-coureurs du suicide
- Mesures visant à prévenir le suicide chez un camarade

Méthode d'enseignement

- Discussion en groupe
- Discussion en petits groupes
- Présentation en PowerPoint

Module 8 : Premiers soins en santé mentale : pour les leaders

Temps alloué : 30 minutes

Objectifs

À la fin de ce module, les participants seront en mesure :

- d'identifier les étapes de la prestation de soutien psychologique aux pairs et aux subalternes devant l'adversité
- d'identifier les ressources en santé mentale disponibles pendant un déploiement

Sujets couverts

- Actions à prendre par un leader après une situation difficile
- Actions à éviter par un leader après une situation difficile
- Examen ponctuel de l'incident (EPI)
- Rôles des leaders pour chacune des phases du MCSM
- Ressources en santé mentale dans un théâtre d'opérations

Méthode d'enseignement

- Présentation en PowerPoint
- Discussion en groupe
- Vidéoclip « *Soyez la différence* »

Module 9 : Application pratique

Temps alloué : 30 minutes

Objectifs

À la fin de ce module, les participants seront en mesure :

- d'appliquer les étapes des premiers soins en santé mentale dans un scénario pratique

Sujets couverts

- Techniques d'entraide
- Compétences en leadership
- Examen ponctuel de l'incident (EPI)

Méthode d'enseignement

- Travail en atelier – application pratique (scénarios)

Phase 2 : aide-mémoire du leader (annexe B)

Aperçu de la formation pour la phase 3 - Module familial

La troisième phase du programme de formation est dispensée en garnison aux membres de la famille du militaire qui se prépare à un déploiement (le membre de la famille est défini par le militaire et peut comprendre le conjoint, le/la partenaire, le parent ou une autre personne) ou dans le cadre d'un programme de formation en ligne. Le militaire peut s'il le désire assister à la séance d'information en personne avec le membre de sa famille. Le contenu du programme pour la famille est similaire à ce qui a été enseigné aux militaires, mais il est axé sur la famille et le stress qu'elle vit pendant la période de déploiement. Une terminologie et des objectifs d'apprentissage semblables permettent au militaire et à sa famille d'avoir une compréhension commune du stress et un ensemble de compétences semblable pour discuter des difficultés et des défis qu'ils sont susceptibles de connaître. Comme la phase 1, la phase 3 est conçue pour être interactive ; elle s'appuie sur les connaissances et l'expérience des participants, et fournit des compétences pratiques pour gérer le stress.

Temps alloué à la séance d'information en personne : 3 heures

Objectifs généraux

- Mieux comprendre les défis familiaux associés au déploiement
- Accroître la sensibilisation à la santé mentale
- Faire l'acquisition de nouveaux outils et de nouvelles approches pour gérer le stress familial causé par un déploiement
- Reconnaître les ressources personnelles et externes pour favoriser la santé mentale et le bien-être dans la famille

Module 1 : La santé mentale et le déploiement

Temps alloué : 45 minutes

Objectifs

À la fin de ce module, les participants seront en mesure :

- de recenser les défis associés au déploiement et d'en discuter
- de saisir le concept de la santé mentale et de comprendre le modèle du continuum de la santé mentale
- d'identifier les indicateurs comportementaux dans chaque phase du continuum

Sujets couverts

- Description de l'expérience du déploiement pour les membres de la famille
- Cycle de déploiement
- Défis associés à la phase qui précède le déploiement
- Définition de la santé mentale
- Modèle du continuum de la santé mentale
- Impact du stress sur le rendement
- Signes dans chaque phase du MCSM – en insistant fortement sur la phase de réaction

Méthode d'enseignement

- Discussion en groupe
- Présentation en PowerPoint

Module 2 : Outil pour créer un état d'esprit sain

Temps alloué : 45 minutes

Objectifs

À la fin de ce module, les participants seront en mesure :

- d'améliorer leur rendement à court terme et leur bien-être à long terme pendant le déploiement
- de comprendre les techniques à appliquer pour gérer les événements stressants et prévenir les effets d'un trop grand stress

Sujets couverts

- Définition d'un état d'esprit résistant au stress (résilience)
- Établissement d'objectifs
- Visualisation/préparation mentale
- Dialogue interne

- Contrôle de l'état d'activation – respiration diaphragmatique

Méthode d'enseignement

- Discussion en groupe
- Exercices individuels
- Présentation en PowerPoint

Module 3 : Offrir du soutien aux enfants

Temps alloué : 30 minutes

Objectifs

À la fin de ce module, les participants seront en mesure :

- de comprendre et d'utiliser des stratégies qui aident les enfants à composer avec l'absence pendant le déploiement
- de cerner les stratégies d'adaptation pour les parents des membres des FC déployés

Sujets couverts

- Parler de l'absence
- Être parent à distance
- Réactions communes à chaque âge/étape du développement
- Parents de militaires déployés

Méthode d'enseignement

- Discussion en groupe
- Présentation en PowerPoint

Module 4 : Communication

Temps alloué : 30 minutes

Objectifs

À la fin de ce module, les participants seront en mesure :

- de reconnaître et de comprendre les difficultés associées à la communication en prévision du déploiement et au cours du déploiement
- de comprendre les difficultés particulières à l'IRDC et le besoin d'une communication solide
- d'acquérir et d'améliorer des stratégies visant à faciliter la communication et la résolution de conflits

Sujets couverts

- Défis posés par la communication
- Discuter de la façon de communiquer
- Équilibrer le contenu à communiquer
- Défis posés par les médias
- Défis de l'IRDC
- Techniques d'affirmation de soi
- Techniques de résolution de conflits

Méthode d'enseignement

- Discussion en groupe
- Présentation en PowerPoint

Module 5 : Stratégies préventives

Temps alloué : 30 minutes

Objectifs

À la fin de ce module, les participants seront en mesure :

- de recenser une gamme de stratégies préventives
- de reconnaître l'importance de prendre soin de soi
- d'utiliser des stratégies préventives quotidiennes
- d'identifier les ressources pour les familles afin d'obtenir du soutien pendant le déploiement

Sujets couverts

- Soutien social
- Exercice
- Maîtrise des émotions
- Stratégies d'adaptation pour la gestion du stress à chaque phase du MCSM

- Ressources pour les familles

Méthode d'enseignement

- Discussion en groupe
- Exercices individuels
- Présentation en PowerPoint

Aperçu de la formation pour la phase 4 - Décompression dans un lieu tiers

Jour 1 - Santé mentale, déploiement et réintégration

Temps alloué : 1 h 30

Objectifs

Une fois cet exposé terminé, les participants seront en mesure de :

- détecter les difficultés rencontrées ainsi que les accomplissements effectués lors de cette mission;
- comprendre les effets psychologiques du stress;
- comprendre le processus physiologique de la décompression;
- reconnaître les défis de la phase transitoire commune lors de la réintégration;
- connaître les stratégies de réintégration importantes au retour à la maison après un déploiement.

Sujets abordés

- la description des défis de la mission;
- la description des accomplissements effectués durant la mission;
- les attentes face au DTL;
- la physiologie du stress - combattre/fuir/s'immobiliser (C/F/I);
- les effets du C/F/I relativement à la décompression;
- le modèle de continuité en santé mentale;
- il est permis d'être ou non en détresse psychologique;
- les façons de réagir au déploiement - la plupart sont correctes;
- les défis de la transition et de la réintégration;
- les stratégies de réintégration dans l'environnement familial;
- les défis de communication après le déploiement;
- les techniques de communication affirmatives;

- les stratégies de réintégration dans l'environnement de travail;
- les stratégies de réintégration dans la communauté.

Méthode d'enseignement

- discussion en groupe;
- discussion en petits groupes;
- présentation PowerPoint;
- vidéos.

Jour 2 - Gestion du stress, obstacles aux soins et ressources

Temps alloué : 1 h 30

Objectifs

Une fois ce module terminé, les participants seront en mesure de :

- reconnaître les stratégies positives de gestion du stress lors de la réintégration;
- reconnaître les stratégies négatives de gestion du stress;
- reconnaître les signes du comportement qui pourraient indiquer qu'un soutien externe est requis;
- surmonter les obstacles à la recherche de soins en santé mentale;
- nommer les ressources formelles et informelles en santé mentale.

Sujets abordés

- les compétences individuelles de gestion du stress pendant la période de transition;
- les conséquences d'un manque de compétences pour gérer le stress;
- les quatre grandes stratégies - appliquer les compétences d'amélioration des performances au processus de transition;
- les stratégies physiques de gestion du stress;
- les stratégies mentales de gestion du stress;
- la maîtrise des émotions;
- la maîtrise de la colère;
- les questions spirituelles;
- à quoi ressemble une transition non réussie;
- les signes qui pourraient indiquer des problèmes postdéploiement;
- les comportements problématiques dont il faut s'occuper immédiatement;
- les obstacles à la recherche de soins en santé mentale;
- les actions des pairs aidants;

- les actions des chefs;
- ce qu'il ne faut pas faire;
- le rôle des professionnels de la santé mentale;
- la démystification du traitement;
- les ressources au sein de la garnison.

Méthode d'enseignement

- discussions en groupe;
- exercices individuels;
- présentations PowerPoint;
- vidéos.

Aperçu de la formation pour la phase 5 - Décompression à la maison

La phase 5 du « *En route vers la préparation mentale* » sert à fournir des renseignements sur la transition et la réintégration aux membres de la famille (les membres de la famille sont définis par le militaire et peuvent comprendre un conjoint, un partenaire de vie, un parent ou autre), et ce, avant le retour à la maison du militaire. Cette phase de la formation est souvent appelée Décompression à la maison puisqu'elle ressemble à la formation que les militaires reçoivent lors de leur Décompression dans un lieu tiers.

Temps alloué à l'exposé en personne : 3 h

Objectifs globaux

- comprendre les défis de la phase transitoire commune lors de la réintégration;
- apprendre et appliquer les stratégies pouvant aider à surmonter les défis de réintégration;
- reconnaître les réactions de stress, chez soi ou chez votre conjoint, conjointe, pouvant nécessiter un soutien externe;
- reconnaître et surmonter les obstacles à la recherche de soins;
- reconnaître les stratégies positives de gestion du stress et en discuter pour faciliter la phase de transition des membres de la famille;
- nommer les ressources externes de soutien pour les familles et les militaires.

Module 1 : Décompression à la maison

Sujets abordés

- les objectifs de la décompression dans un lieu tiers;

- les objectifs de la décompression à la maison;
- les défis familiaux durant le déploiement;
- les accomplissements familiaux durant le déploiement.

Module 2 : La transition postdéploiement

Sujets abordés

- la physiologie du stress - combattre/fuir/s'immobiliser (C/F/I);
- les effets du C/F/I relativement à la décompression;
- le modèle de continuité en santé mentale;
- il est permis d'être ou non en détresse psychologique;
- les façons de réagir au déploiement - la plupart sont correctes;

Module 3 : Compétences de transition et de réintégration

Sujets abordés

- la chronologie normale de la transition familiale;
- les défis de la transition et de la réintégration;
- les stratégies pour une réintégration familiale réussie;
- aider les enfants ayant des problèmes de transition;
- les techniques de communication affirmatives;
- à quoi ressemble une transition non réussie;
- les signes qui pourraient indiquer des problèmes postdéploiement;
- les comportements problématiques dont il faut s'occuper immédiatement;
- les obstacles à la recherche de soins en santé mentale;
- les conséquences pour la famille de ne pas se faire soigner.

Module 4 : Soins auto-administrés et résilience

Sujets abordés

- les compétences individuelles de gestion du stress pendant la période de transition;
- les conséquences d'un manque de compétences pour gérer le stress.

Module 5 : Ressources

Sujets abordés

- les ressources au sein de la garnison (pour la famille et les membres des FAC).

Méthode d'enseignement

- discussions en groupe;
- discussions en petits groupes;
- exercices individuels;
- présentations PowerPoint;
- vidéos

Annexe B

Aide-mémoire du leader (phase 2 du RVPM)

Introduction

But du Guide

Les leaders militaires à tous les niveaux jouent un rôle clé dans le maintien de l'état de préparation mentale des militaires placés sous leur commandement. Le présent guide vise à fournir aux leaders des renseignements et des stratégies pratiques pour gérer le stress et fournir du soutien psychologique. Le but est d'améliorer l'efficacité de l'unité et de chaque individu dans le contexte des opérations militaires modernes, et ce, en garnison ou en déploiement.

Il est important que le personnel des FC et les leaders comprennent que les effets du déploiement et du stress opérationnel sont ressentis par tous les militaires. Savoir reconnaître et gérer les effets du stress opérationnel est aussi important durant les périodes d'entraînement de routine que durant les opérations de combat. Les leaders se doivent d'établir un climat où leurs personnels se sentiront à l'aise de parler de leurs expériences afin de leur donner un sens.

Les leaders doivent se rappeler que plus les troupes seront informées au sujet des réactions normales vis-à-vis le stress, plus elles seront résilientes et en mesure de faire face au stress découlant des opérations militaires. Les leaders ne devraient pas sous-estimer l'influence qu'ils exercent sur le morale et le bien-être des troupes sous leur commandement.

Les compétences de leader du commandant, ainsi que son aptitude à fournir du soutien, sont essentielles, et sont souvent tout ce qu'il faut pour aider un militaire à se rétablir normalement après un incident stressant. En fait, il a été démontré que si la plupart des personnes présentent des symptômes physiques ou affectifs après avoir vécu un événement potentiellement traumatisant, la grande majorité d'entre elles se rétablit. Il est impératif que le personnel des FC à tous les échelons, évite de présumer que des réactions humaines normales à des événements potentiellement traumatisants entraîneront des problèmes qui nécessiteront des soins médicaux.

Définitions

« L'endurance mentale (Mental Toughness) est l'habileté de performer au plein potentiel de ses habiletés et de son talent, lorsque la situation le demande. Ce qui pourrait se traduire par l'habileté de combattre le sommeil, ou de demeurer calme et relaxe, ou de ne pas abandonner dans des moments difficiles. » Traduction libre - James Loehr dans *Brain: The Complete Mind*, National Geographic, 2009

Situations difficiles : L'exercice de nos fonctions militaires en théâtre d'opérations peut nous exposer à des situations stressantes et traumatisantes. Les facteurs de stress varieront vraisemblablement selon la nature de l'opération, de la mission ou de l'occupation militaire.

Le répertoire de terminologie de l'Armée de terre définit la résilience militaire comme étant « la capacité que possède un soldat de récupérer rapidement, de résister et, possiblement, de se développer lorsqu'il est exposé directement ou indirectement à des événements traumatisants et à des situations adverses en garnison, à l'entraînement ou en opération. »

Stress & rendement

La physiologie & le cerveau

Le *système de réaction au stress (combattre/fuir/s'immobiliser)* est automatique; nous ne le contrôlons pas directement. Il s'agit d'un réflexe programmé en fonction de notre vécu, qui se déclenche lorsque nous sommes confrontés à des situations difficiles. Les réactions de combat ou de fuite causent un certain nombre de sensations déplaisantes, notamment des tensions musculaires, des difficultés respiratoires, des douleurs musculaires, une pression thoracique et des tremblements.

Toutefois, même si nous ne le contrôlons pas directement, le fait de comprendre son fonctionnement peut nous permettre d'influencer indirectement notre réaction au stress, et d'empêcher les effets du stress de devenir dommageables ou chroniques.

Lorsque les réactions engendrées par le stress se manifestent, on peut réagir et reprendre la maîtrise de soi en commençant par ralentir le processus. On y parvient en relaxant le corps, en ralentissant la respiration et en augmentant l'apport en oxygène au cerveau. Il faut quelque temps pour maîtriser cette technique. C'est une compétence qui nécessite un certain apprentissage et beaucoup de pratique.

Effets physiques de la respiration tactique :

- Changements immédiats: baisse de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque, du rythme respiratoire et de la consommation d'oxygène.
- Changements à long terme (après beaucoup de pratique) : atténuation de l'anxiété et de la dépression, renforcement de l'aptitude à gérer les facteurs de stress de la vie.

Modèle du continuum de santé mentale (MCSM)

En santé (vert)

Santé, adaptation

En réaction (jaune)

Détresse ou incapacité fonctionnelle légère et réversible

Blessé (orange)

Incapacité plus grave et persistante

Malade (rouge)

Maladie clinique et trouble nécessitant des soins médicaux plus intensifs

Les expériences récentes nous ont appris que de nombreux militaires canadiens éprouvent des problèmes physiques et mentaux qui pourraient être temporaires et réversibles, si ceux-ci étaient diagnostiqués et traités à temps. Ce modèle tient compte de l'éventail des problèmes de santé, mentale ou physique, auxquels pourraient faire face les militaires canadiens au cours de leur carrière. Le modèle comprend diverses étapes: santé, adaptation (vert), détresse ou incapacités fonctionnelles légères et réversibles (jaune), traumatismes ou incapacités plus graves qui persistent (orange), maladies cliniques et troubles nécessitant des soins médicaux plus intensifs (rouge). La flèche située sous les quatre blocs de couleur marque le continuum, le mouvement dans les deux sens, indiquant la possibilité de retrouver pleinement la santé et de fonctionner normalement. Ainsi, personne n'est totalement écarté en raison de symptômes d'une maladie ou d'un traitement pour un trouble ou une maladie. On reconnaît également que plus l'intervention est précoce, plus il sera facile de retrouver pleinement la santé et de fonctionner normalement (vert).

Signes et symptômes

En santé (vert)

- Humeur normale; Calme, prend les choses aisément
- Bon sens de l'humour; Bon rendement; Mentalement en contrôle
- Profils de sommeil normaux; Quelques difficultés à dormir
- Bonne condition physique; Bon niveau d'énergie
- Actif socialement et physiquement
- Pas/peu de jeu ou de consommation d'alcool

En réaction (jaune)

- Irritable/ Impatient; Nerveux; Triste/Débordé
- Sarcasme déplacé; Procrastination; Tendance à l'oubli
- Troubles du sommeil; Pensées intrusives; Cauchemars
- Muscles tendus/ maux de tête; Faible énergie
- Diminution des activités ou de socialisation
- Consommation régulière mais contrôlée d'alcool/de jeu

Blessé (orange)

- Colère; Anxiété; Tristesse envahissante/ désespoir
- Attitude négative; Piètre rendement/ Bourreau de travail; Piètre concentration/ mauvaises décisions
- Sommeil agité, dérangé; Images récurrentes ou cauchemars
- Accroissement des maux, de la douleur, et de la fatigue
- Évitement; Retrait
- Consommation accrue d'alcool/de jeu - difficile à contrôler

Malade (rouge)

- Excès de colère, agressivité; Anxiété excessive/ paniques; Dépression/idées suicidaires
- Insubordination grave; Ne peut s'acquitter de ses fonctions, contrôler son comportement ou se concentrer
- Ne peut s'endormir ou demeurer endormi(e); Trop ou pas assez de sommeil
- Maladies physiques; Fatigue chronique
- Ne pas sortir ou répondre au téléphone
- Dépendance au jeu ou à l'alcool; Autres dépendances

Atténuer les incidences du stress

Quoi faire

Nous utilisons diverses contre-mesures afin de lutter contre les dangers ou les menaces. Les contre-mesures utilisées pour lutter contre le stress sont conçues pour mettre un frein aux activités de notre système nerveux central, et ainsi gérer l'impact du stress sur notre corps et notre esprit.

Les quatre grandes stratégies

Établissement des objectifs

L'établissement d'objectifs nous donne une direction à suivre, une certaine rétroaction, et de la motivation. Un objectif se doit d'être hors de portée, mais pas hors de vue. Vous devez diviser les objectifs en petites parties, prendre action, et évaluer les progrès.

Préparation mentale /visualisation

La préparation mentale consiste notamment à vous préparer mentalement aux éventualités. Il ne s'agit pas d'être négatif et de laisser nos pensées nous accabler, mais plutôt d'envisager les problèmes qui pourraient survenir et d'essayer à l'avance d'y trouver des solutions.

Monologue interne

Ce n'est pas un événement qui commande nos émotions et notre comportement, mais plutôt nos pensées au sujet de l'événement. Si nos pensées sont négatives et non positives, elles altèrent grandement notre capacité de réussir.

- Prenez conscience de l'existence du monologue interne
- Arrêtez les pensées négatives; remplacez-les par des pensées positives
- Utilisez des mots clés: Prêt. Focus. Persévérer. Vaincre. Confiance.

Contrôle de l'activation: respiration tactique

En résumé, vous devez retenir le chiffre quatre : inspirez pendant 4 secondes, et expirez pendant 4 secondes, pendant au moins 4 minutes.

L'Examen ponctuel de l'incident (EPI)

1. Étape 1 : Admettre et écouter
2. Étape 2 : Informer - Vérifier et appliquer le modèle
3. Étape 3 : Répondre - Observer, faire un suivi et servir de modèle

L'Examen ponctuel de l'incident (EPI) est un outil que vous pouvez utiliser pour structurer votre intervention de soutien auprès du groupe et réduire le stress. Le processus peut être entrepris de façon officielle ou non, auprès des membres d'une petite unité ou d'un sous-groupe, ou, de façon plus informelle, selon un système de jumelage de pairs.

Étape 1 : Admettre et écouter

Admettre : Les leaders ont la responsabilité d'admettre qu'un événement s'est produit : « Quelque chose de terrible vient de se produire », « Cet événement était difficile ». Vous pouvez faire une déclaration globale sur la façon dont les membres du groupe se sentent. Ne faites pas comme si l'événement ne s'était pas produit, et ne poursuivez pas vos activités sans admettre que l'événement soit arrivé. Cependant, n'accordez pas non plus trop d'importance à l'événement. Parlez seulement des faits. Ce que vous pourriez faire: faites comme si vous vouliez diffuser un message à la radio, en restant calme, direct et clair.

Écouter : Votre travail ne consiste pas à réparer les dommages (vous ne le pouvez pas). Vous pouvez toutefois aider vos pairs en leur offrant une occasion de discuter de l'événement. Vous devez vous attendre à ce que certains membres ne veuillent pas parler de l'événement, ou que d'autres ne veuillent pas en parler avec vous, mais seulement avec leurs pairs. Cela est correct. Chaque personne fait face aux événements à sa façon, et nous ne voulons pas perturber les stratégies d'adaptation naturelles de chacun. Vous ne devez pas forcer quelqu'un à vous parler, car cela pourrait être dommageable. Toutes les discussions doivent être amorcées volontairement et naturellement.

Étape 2 : Informer - Vérifier et appliquer le modèle

- La plupart des personnes (80 %) ont une réaction à court terme face au stress opérationnel ou aux événements difficiles. Les meilleures interventions sont les plus simples, c'est-à-dire les interventions non médicales qui peuvent être mises en oeuvre par l'entremise de la chaîne de commandement en place.
- Après avoir admis qu'un événement se soit produit, et avoir offert à vos troupes l'occasion d'en parler, vous devez leur rappeler qu'il est important de prendre soin d'eux-mêmes. L'événement n'aura peut-être eu aucun impact sur certains membres, mais d'autres pourraient continuer de présenter des symptômes de détresse pendant des jours, ou même des semaines après l'événement. Insistez sur le fait que des ressources sont à leur disposition et que vous les aiderez à y accéder.
- Il est souvent difficile de mettre fin à ce genre de conversation. Voici donc des options que vous pourriez envisager :
 - Recentrez l'attention sur la mission et sur ce qui doit être accompli.
 - Engagez-vous à offrir aux troupes la chance de se réunir de nouveau lorsque le temps le permettra.
 - Dites aux membres de votre troupe que vous reprendrez contact avec eux dans les prochaines semaines pour savoir comment les choses se passent.

Étape 3 : Répondre - Observer, faire un suivi et servir de modèle

- Observez les membres en question et faites un suivi auprès d'eux plus tard pour savoir comment ils vont, et servez de modèle en ayant recours à une saine

stratégie d'adaptation. Un mot au sujet du fait de servir de modèle: les gens veulent entendre les leaders parler de leurs émotions ou de leurs pensées négatives, à la suite d'un événement difficile. Ils ne veulent pas que vous fassiez semblant que tout va bien.

- Les situations difficiles présentent un défi pour les leaders, mais elles sont par ailleurs une occasion privilégiée. En effet, les leaders efficaces profiteront de ces événements pour montrer qu'ils se préoccupent du bien-être des membres de leur unité, qu'ils reconnaissent les pertes, qu'ils communiquent directement avec les membres de l'unité et leurs familles, et qu'ils envoient le message qu'ils s'attendent à ce que l'unité passe au travers de l'épreuve. Grâce à un leadership efficace, ils pourront contribuer à renforcer la cohésion, la résilience et l'état de préparation opérationnelle de leur unité

Intervention

Rôle de chaque individu

La plupart des soldats affirment que c'est grâce à leurs camarades s'ils ont réussi à passer au travers du déploiement. Les soldats doivent absolument apporter un soutien de base à leurs pairs pour assurer le bien-être de tous pendant un déploiement. Le soutien par les pairs n'a pas besoin d'être complexe, et il ne s'agit pas d'une thérapie. Les interventions les plus simples sont parfois les plus efficaces.

N'oubliez pas que, dans les moments les plus sombres d'un homme, une tape dans le dos et une bonne accolade peuvent accomplir de petits miracles. [Traduction libre] --
Brigadier-général S.L.A. Marshall, 1950

Rôle des leaders

- Les leaders doivent instaurer un climat de confiance dans lequel il est reconnu qu'une personne puisse se sentir dépassée par les événements auxquels elle fait face. Les troupes seront ouvertes à l'idée de recevoir de l'aide seulement si elles ont le profond sentiment que de demander de l'aide est un principe accepté dans leur environnement de travail.
- Les leaders doivent être prêts à parler à leur personnel, ainsi qu'à écouter ce qu'ils ont à dire. Ils doivent démontrer qu'ils sont intéressés à prendre connaissance de ce qui se passe avec leurs troupes.

- Il est important d'insister sur le fait que de demander de l'aide, dans les moments difficiles, est un signe de courage, de force, de responsabilité, et de gros bon sens.

Reconnaissance et soutien :

- Connaissez les membres de votre équipe, et aidez-les à acquérir les compétences nécessaires à leur travail
- Soyez à l'affût des changements soudains de comportement et de rendement; en présence de tels signes, n'hésitez pas à poser des questions
- Demandez aux membres de votre équipe comment ça se passe avec le déploiement, ainsi que comment vont les choses à la maison
- Offrez-leur des encouragements et de la reconnaissance pour ce qu'ils accomplissent
- Si vous êtes inquiets par rapport à certains individus, posez-leur la question à savoir comment ils vont

Rôles clés des leaders

Protéger

- Prêcher par l'exemple
- Apprendre à connaître les troupes
- Favoriser un climat sain
- Déceler et résoudre les problèmes rapidement
- Régler sans délai les questions de rendement
- Montrer un intérêt sincère
- Offrir des occasions de repos
- Offrir du soutien suite à une situation traumatisante
- Offrir des opportunités de formation réalistes

Détecter

- Diriger afin d'être le réservoir de résilience
- Être à l'affût des changements de comportement
- Ajuster la charge de travail au besoin
- Connaître les ressources et la façon d'y accéder
- Éliminer les obstacles à la recherche d'aide
- Encourager l'accès aux soins tôt
- Consulter la chaîne de commandement/ services de santé au besoin

Supporter

- Faire appel à des ressources santé mentale
- Montrer un intérêt sincère envers autrui
- Respecter la confidentialité
- Réduire au minimum les rumeurs
- Respecter les restrictions médicales
- Employer les gens de façon appropriée
- Entretenir des relations respectueuses
- Amener les militaires à participer à des activités de soutien social
- Consulter, au besoin
- Gérer les comportements inacceptables

À faire :

- Apprendre à connaître les troupes
- Favoriser un climat sain
- Donner l'exemple

- Être à l'affût des changements de comportement
- Gérer les comportements inacceptables
- Offrir des occasions de repos
- Repérer les situations malsaines
- Offrir du soutien, Intervenir, Consulter

À ne pas faire :

- poser des diagnostics et porter des jugements
- ignorer la situation en espérant qu'elle disparaîtra
- permettre au militaire de s'isoler
- perdre le contact avec le militaire qui suit un traitement médical
- tenter de devenir son meilleur ami

Rôle des intervenants en santé mentale

- Les intervenants en santé mentale évaluent le bien-être et le morale des membres de l'unité, et offrent des traitements en santé mentale.
- Les leaders peuvent également consulter les intervenants en santé mentale afin d'obtenir leur aide pour régler des problèmes au sein de l'unité, de même que des recommandations quant aux mesures à prendre pour améliorer le bien-être et le morale des membres de leur unité. Ils peuvent en outre demander une formation particulière concernant des questions qui touchent l'ensemble de l'unité, y compris les répercussions du déploiement sur les familles, la gestion du stress, la maîtrise de la colère, et la consommation responsable d'alcool.

Prévention du suicide

Le suicide est un problème complexe. Les raisons qui poussent une personne à vouloir se suicider sont multiples. Mais la plupart de ceux et celles qui tentent de se suicider ne veulent pas mourir. Ils cherchent plutôt désespérément un moyen d'arrêter de souffrir. En effet, il est prouvé que ceux qui ont pu être sauvés en sont très reconnaissants plus tard.

Il semble que bon nombre de suicides pourraient être évités puisque la plupart sont précédés de signes avant-coureurs. C'est pourquoi tous les membres des FC devraient connaître ces signes et savoir comment venir en aide à une personne en détresse. La prévention du suicide, c'est l'affaire de tout le monde.

Des problèmes émotifs peuvent se traduire par des changements soudains de comportement: une augmentation notable de l'absentéisme, une baisse de rendement, un manque d'intérêt et un repli sur soi-même, des changements dans les relations avec les collègues, une augmentation de l'irritabilité ou de l'agressivité, et une augmentation ou un excès dans la consommation d'alcool ou de drogues.

Posez-vous aussi des questions si une personne prend des dispositions définitives: un jeune qui commence à donner ses biens les plus précieux, ou une personne plus âgée qui refait son testament ou porte une attention particulière à sa planification financière, par exemple.

Cependant, certains signes de détresse sont plus directs. Huit fois sur dix, les personnes qui s'enlèvent la vie ont menacé de se suicider ou y ont fait allusion avant. Prenez au sérieux toutes les déclarations du genre: « Vous n'aurez plus à m'endurer bien longtemps », « Ma famille serait mieux sans moi » ou « J'en peux plus. J'ai envie de tout lâcher ».

Si vous croyez qu'une personne songe sérieusement au suicide, vous pouvez l'aider. Lisez attentivement les cinq étapes ci-dessous. Elles ont déjà paru dans d'autres publications des FC, mais elles valent la peine d'être répétées.

- **DEMANDEZ** sans détour à la personne si elle songe au suicide.
- **ÉCOUTEZ** la réponse sans porter de jugement.
- **CROYEZ** ce que la personne vous dit et prenez toutes les menaces de suicide au sérieux.
- **RASSUREZ** la personne sur la possibilité d'obtenir de l'aide.
- **AGISSEZ** sans tarder. Communiquez avec d'autres personnes aptes à veiller sur sa sécurité.

N'essayez pas de régler la situation vous-même. Informez-en rapidement le personnel médical, un travailleur social, l'aumônier ou le supérieur de la personne.

Ressources de santé mentale en théâtre d'opérations

- Camarades
- Leaders
- Aumôniers
- Pers méd
- Médecin militaire
- Équipe de santé mentale

Les leaders qui veulent réduire les préjugés associés aux problèmes de santé mentale dans leur unité doivent être cohérents. Ils doivent soutenir les personnes qui demandent de l'aide, les encourager, et rappeler à leurs subordonnés qu'il faut du leadership pour veiller à ce que les personnes qui ont besoin d'aide l'obtiennent.

Annexe C

Workshop plan Template

Title: PTSD Education for Spouses and Families

Target Audience: FLO Families

Length: Six (6) Sessions

Workshop Goal: Provide education and support to families living with Post-Traumatic Stress Disorder

Learning Objectives:

- Develop a basic understanding of PTSD
- Learn about common treatment options for PTSD, including medication and psychotherapy
- Understand how substance abuse and PTSD are related
- Learn how to prevent and identify secondary trauma
- Explore grief and loss and common reactions to both

Description:

PTSD Education for Spouses and Families is an education-based workshop which will provide you with information and skills related to a variety of topics relevant to families living with a PTSD diagnosis. The workshop is split into six (6) weekly sessions

Modules and Timing

Time	Module	Description
September 10, 2014 9-11:30am	Understanding PTSD Relaxation Skills Training #1: Breathing	Overview of PTSD Coping skill development
September 17, 2014 9-11:30am	Treatment of PTSD Medication Relaxation Skills Training #2: Grounding	Overview of treatment options Presentation by Health Services Coping skill development

September 24, 2014 9-11:30am	PTSD and Concurrent Disorders Secondary Wounding and Secondary Traumatization Relaxation Skills Training #2: Guided Imagery	Presentation by CMHA Overview of secondary trauma Coping skill development
October 1, 2014 9-11:30am	PTSD and the Family PTSD and children Relaxation Skills Training #3: Progressive Muscle Relaxation	Coping skill development
October 8, 2014 9-11:30am	Communication Grief and Loss Relaxation Skills Training # 5: Autogenic Relaxation	Coping skill development
October 15, 2014 9-11:30am	Stress and Coping Self-Care	Presentation by OSISS
Total: 15 hours		

Annexe D

Canevas d'entrevues

Pré-déploiement

1. À partir du moment où vous avez été avisé de votre déploiement, avez-vous eu la chance de rencontrer un professionnel de la santé mentale tel que le prévoit le protocole de déploiement de l'armée? Est-ce que votre partenaire participait à cette rencontre?
2. Avez-vous bénéficié d'une formation pour reconnaître les signes d'une blessure de stress opérationnel?

Déploiement

3. Avez-vous été soumis à une blessure de stress opérationnelle durant votre déploiement? Si oui avez-vous été pris en charge immédiatement? De quels types de services avez-vous bénéficié?
4. Est-ce que des membres de votre famille ont bénéficié de séances d'informations sur la blessure de stress opérationnel alors que vous étiez en déploiement?

Post-déploiement avec l'armée

5. Décrivez le protocole de votre retour de mission. Décrivez-moi celui appliqué à votre famille.
6. Décrivez votre expérience de BSO : les symptômes, le temps entre le retour et le diagnostique et qui vous a identifié (vous-même, votre famille, un membre des forces armées)
7. À partir de la prise en charge, de quels services vous et votre famille avez-vous bénéficié ? Distinguez les services au partenaire de vie de ceux des enfants à l'École.
8. Est-ce que votre prise en charge a répondu adéquatement à vos besoins? En quoi cela a répondu? En quoi cela n'a pas répondu?
9. Est-ce que vous avez le sentiment que votre chaîne de commandement a bien compris votre situation, vos besoins?

Post déploiement sans l'armée

10. Avez-vous eu besoin de recourir à des services spécialisés hors de ceux offerts par les forces canadiennes? Si oui, lesquels et pourquoi?
11. Avez-vous l'impression que les services auxquels vous avez eu recours hors de ceux offerts par l'armée pour la BSO ont mieux répondu à vos besoins?
Pourquoi ou comment ?

Annexe E

Formulaire de consentement et d'information

Titre de recherche : De retour chez soi :
Évaluations des besoins militaires canadiens souffrant de BSO

1. Identification

Chercheur responsable du projet: Suzanne McMullin

Programme d'enseignement : Maîtrise en service social (MSS), Université Laurentienne

Adresse courriel : SMcMullin@laurentienne.ca

Téléphone : 705-305-0569

2. But général et direction du projet

Vous êtes invite(e) à participer à ce projet visant à comprendre les besoins des militaires souffrant de BSO lorsqu'ils reviennent de mission. Nous voulons comprendre si les programmes de soutien aux militaires souffrant de blessure de stress opérationnel (BSO) répondent adéquatement aux besoins des militaires canadiens et à leurs familles. Cette étude permettra de déterminer si tous les programmes requis existent, d'identifier des obstacles qui empêcheraient les militaires de recourir à ces services et à d'identifier des programmes inexistant, mais souhaitables.

Ce projet est réalisé dans le cadre d'un mémoire de maîtrise sous la direction de François Boudreau Ph.D., professeur à l'École de service social de l'Université Laurentienne et de Julie Fournier MSS, clinicienne experte en BSO auprès du personnel militaire. Ces deux personnes peuvent être respectivement joints aux adresses ci-après : le professeur Boudreau au 705 675 1151 (poste 5047) ou par courriel à fboudreau@laurentienne.ca; La clinicienne Fournier au 418 844 5000 (poste 1028) ou par courriel Julie.Fournier@forces.gc.ca.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre son but, ses procédures, ses avantages, ses risques et ses inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez nécessaire.

3. Déroulement et tâches demandées au participant

Votre participation à cette recherche consiste à répondre à des questions qui vous seront posées dans le cadre d'une entrevue individuelle qui sera enregistrée, d'une durée qui varie entre soixante (60) et quatre-vingt dix (90) minutes, et qui porteront sur les éléments suivants :

- la préparation au déploiement (pré-déploiement),
- le déploiement
- la prise en charge vécue au retour (post-déploiement) et l'évaluation du support.

4. Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de contribuer à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension de la stratégie de prise en charge des membres des Forces armées canadienne souffrant d'une BSO au retour de mission. Cela vous donne l'occasion de faire valoir le point de vu d'un membre des forces ayant eu à recourir à un ou des programmes compris dans cette stratégie.

Vous devez être conscient que des risques existent, pour vous ou votre famille, associés à votre participation à cette recherche. Ces risques consistent en la possibilité de remémoration (*flashback*) d'expériences traumatisantes qui pourraient revenir vous incommoder et causer des problèmes d'angoisse ou d'anxiété, de colère ou de tristesse, etc. C'est pourquoi nous avons prévu le recours à des personnes ressources si nécessaire, que nous joignons à ce document.

Vous devez être conscient que je mes responsabilités de chercheures incluent la responsabilité d'aviser les autorités appropriées si vous révélez une intention de malveillance envers vous-même, envers d'autres personnes, y compris, le cas échéant, vos enfant.

5. Participation volontaire et droit de retrait.

Votre participation à l'étude est strictement volontaire. Cela signifie aussi que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche, sans aucune répercussion ou conséquence pour vous ou votre famille, ni pour votre emploi ou pour la prestation de services auxquels vous avez droit.

Si vous décidez de mettre fin à votre participation, après l'entrevue il sera important d'en prévenir le chercheur dont les coordonnées sont incluses dans ce document, pour que cette dernière retire de sa recherche les informations que vous aurez divulguées.

6. Anonymat et confidentialité

Il est possible que les participants soient préoccupés du fait que leur participation à cette recherche peut être révélée à leurs employeurs ou leurs collègues. La chercheuse a pris toutes les mesures nécessaires afin d'assurer la confidentialité des participants en ce qui concerne la méthodologie de la recherche, l'identification des participants potentiels, le choix de lieu de l'entrevue et l'anonymisation des données de recherche.

En recherche, les chercheurs sont tenus d'assurer la confidentialité aux participants. À cet égard, voici les mesures qui seront appliquées dans le cadre de la présente recherche :
Durant la recherche:

- votre nom et tous ceux cités durant l'entrevue seront remplacés par un code;
- seul la chercheuse aura accès à la liste contenant les noms et les codes ;
- cette liste de code sera conservée séparément du matériel de la recherche, des données et des formulaires de consentement;
- tout le matériel de la recherche, incluant les formulaires de consentement et les enregistrements, sera conservé dans un classeur barré, dans un local sous clé;
- les données en format numérique seront, pour leur part, conservées dans des fichiers encryptées dont l'accès sera protégé par l'utilisation d'un mot de passe et auquel seul la chercheuse aura accès;

Lors de la diffusion des résultats :

- les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;
- les résultats de la recherche pourraient être publiés dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié ou reconnu;
-

Après la fin de la recherche :

- tout le matériel et toutes les données seront utilisés dans le cadre exclusif de cette recherche et ils seront détruits après les dernières publications.

7. Responsabilité institutionnelle de la recherche

Vous pouvez me contacter au numéro 705-305-0569 pour poser des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec les directeurs de recherche des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participant de recherche. Leurs coordonnées sont incluses dans ce document.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Pour toute question ne pouvant être adressée au responsable de la recherche ou aux directeurs de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité d'éthique de la recherche pour étudiants (CÉR), au numéro 705 675 1151 poste 3213, 2436 ou 1-800-461-4030 ou par courriel à ethique@laurentian.ca

8. Remerciements

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

Un résumé des résultats de recherche vous sera transmis au terme du projet si vous le désirez. Pour en faire une demande, veuillez cocher la case réservée à cette fin.

☐ Je désire avoir un résumé des résultats à la fin du projet vers le mois juillet 2016.

Mon adresse courriel :

9. Consentement

Si vous désirez participer à cette étude, veuillez indiquer votre participation volontaire en signant le présent document.

J'accepte de participer à cette étude et j'ai reçu un exemplaire du présent formulaire de consentement. J'ai lu et je comprends les termes du formulaire de consentement.

Nom en lettres moulées

Signature

Date :

Je tiens à vous remercier sincèrement de votre coopération,
Suzanne McMullin
Étudiante dans le programme de maîtrise en service social
École de service social
Université Laurentienne

Annexe F

Liste de ressources

Hôpital de la base de Borden.

En cas d'urgence, un travailleur social est disponible en tout temps pour rencontrer les militaires sans rendez-vous.

705-424-1200 poste 2409

Service de soutien par les pair-Borden- Soutien social blessure de stress opérationnel disponible en tout temps:

Marc Séguin coordinateur

705-424-1200 poste : 7130 ou 705-734-8930

Centre de ressources à la famille de Borden :

705-424-1200 poste: 3994

Centre de service de santé mentale, plusieurs professionnels de la santé sont disponibles :

Programme psychosocial, 705-424-1200 poste 3523 ou

Programme général de santé mentale, 705-424-1200 poste : 7869.

L'aumônier de la base Borden, disponible en tout temps

705-424-1200 poste : 2318

Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes, disponible en tout temps. :

1-800-268-7708

The Royal Victoria Regional Health Centre à Barrie:

705- 728-9090

CARAH House Crisis Services - Mobile Crisis Services :Canadian Mental Health Association. Simcoe County Branch

1-888-893-8333

705-728-5044

Soldiers Memorial Hospital, Community Mental Health Service Orillia

705-327-9122

Mental Health Helpline

1-866-531-2600 (Toll Free)

1-866-531-2600 (Crisis Line)

Toutes ces personnes et ces centres de services sont avertis de cette recherche et sont disposés à vous prendre en charge ou à vous conseiller au besoin.

BIBLIOGRAPHIE

- Absil G , C. Vandoorne et M. Demarteau. 2012. « Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la santé » Université de Liège, École de Santé Publique.
- Anciens Combattants Canada. 2008. *Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et la famille : pour les parents ayant de jeunes enfants*, Gouvernement du Canada.
- Anciens combattants. 2018. *Qu'est-ce qu'une blessure de stress opérationnel?*, [En ligne]. <http://www.veterans.gc.ca/fra/services/health/mental-health/understanding-mental-health> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Anders, R. 2007. « Support for Veterans and Other Victims of Post-traumatic Stress Disorder and Other Operational Stress Injuries: Report of the Standing Committee on Veterans Affairs ». *House of Commons Canada*, 39th parliament, 1st session.
- Radio-Canada. 2008. *Tous pour l'effort de guerre*, [En ligne]. http://archives.radio-canada.ca/sports/seconde_guerre_mondiale/clips/4153/ (page consulté le 22 juillet 2018)
- Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux. 2005. *Code déontologie*, Canada, Ontario.
- Bouthoul G. 1962. *Le phénomène-guerre : Méthode de la polémologie, morphologie des guerres, leurs infrastructures (technique, démographique économique)*, Paris: Petite bibliothèque Payot.
- Boudreau, F. 2010. « L'épistémologie politique de Michel Freitag ». Dans *Annales de la Faculté des lettres et des Sciences Humaines*. Université Cheikh Anta Diop, Dakar, No 40/B 2010, pp. 129-149.
- Boudreau, F. 2013. « De peine et de misère : structures sociales et souffrance au travail dans le capitalisme contemporain » *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 19, n° 2, p. 44-71.
- Bumgardner et al. 2010. « NATO LEGAL DESKBOOK » Second Edition, pp. 348
- Bureau des affaires de désarmement des Nations Unies. *Arme de destruction massive*, [En ligne]. <https://www.un.org/disarmament/fr/amd/armas-nucleares/> (page consulté le 22 juillet 2018)

- Bronfenbrenner U. 1979. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts, and London: Harvard University Press.
- Caselli L., L. et R., W. Motta. 1995. « The effect of PTSD and combat level of Vietnam veterans' perception of child behavior and marital adjustment ». *Journal of clinical psychology*, vol. 51, no 1, January 1995, pp. 1-12.
- Clastres, P. 1974. *La Société contre l'État*, Paris, Éditions de Minuit.
- Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, Sous-comité des anciens combattants. 2015. « Rapport provisoire sur les blessures de stress opérationnel des Anciens combattants du Canada ». *Senat Canada*, juin 2015, pp. 39
- Contamine P. 1980. *La guerre au moyen âge*. Presses universitaires de France 6^e édition Nouvelle Clio- Numéro 24 Paris. Presses Universitaires de France.
- Courmont B. et D. Ribnikar. 2009. *Les guerres asymétriques : Conflits d'hier et d'aujourd'hui, terrorisme et nouvelles menaces*. IRIS, Institut de relations internationales et stratégiques, 2^e éditions, Enjeux stratégiques. Paris. Presses Universitaires de France.
- CFC-CPPMR (Éd.). « Module 3, leçon 4 : Relation militaires internationales du Canada », *Programme de leadership intermédiaire*, Académie canadienne de la Défense, 2007, pp. 163 à 168.
- CFC-CPPMR (Éd.). « Module 3, leçon 6 : L'expansion militaire dans l'espace » *Programme de leadership intermédiaire*, Académie canadienne de la Défense, 2007, pp. 177-189.
- Comité international de la Croix Rouge. 2004. « Qu'est-ce que le droit international humanitaire ? » *Comité internationale Genève*, Services consultatifs en droit international humanitaire. Genève.
- Daigle, P. 2012. « Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit ». Défense National Rapport spécial au ministre de la défense national, *Ombudsman Défense national et Forces canadiennes*. Septembre 2012.
- Daigle, P. 2013. « Sur le front intérieur : Évaluation du bien-être des familles des militaires canadiens en ce nouveau millénaire ». Défense National Rapport spécial au ministre de la défense national, *Ombudsman Défense national et Forces canadiennes*, novembre 2013.

- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2018. *Le point sur les opérations*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/operations/compte-rendu.page> (page consulté le 18 juin 2018)
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2013. *Augmentation du soutien du gouvernement aux centres de santé mentale dans l'armée*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/nouvelles/article.page?doc=augmentation-du-soutien-du-gouvernement-aux-centres-de-sante-mentale-dans-l-armee/hgq87xkn> (Page consultée le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2013. *Sommaire du Rapport d'incidence cumulative du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et d'autres troubles mentaux*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-rapports-pubs-sante/etude-incidence-cumulative-sommaire.page> (Page consulté le 20 avril 2015)
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2014. *Statistiques sur les morts et les blessés des Forces canadiennes (Afghanistan)*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/nouvelles/article.page?doc=statistiques-sur-les-morts-et-les-blesses-des-forces-canadiennes-afghanistan/hie8w9c9> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2016. *Institutionnalisation de la résilience*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm-carriere/index.page> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2017. *Opération en cours*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/operations/en-cours.page> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2017. *Opération passé*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/operations/passees.page> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2013. *Le Canada et les opérations multilatérales d'appui à la paix et à la stabilité*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/nouvelles/article.page?doc=le-canada-et-les-operations-multilaterales-appui-a-la-paix-et-a-la-stabilite/hnlhlxfi> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2017. *Les centres de ressources pour les familles des militaires*. [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm-deploiement/ressources-membres-famille-deploiement.page#aumonerie> (page consulté le 22 juillet 2018)

- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2017. *La ligne d'information pour les familles*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm-deploiement/ressources-membres-famille-deploiement.page#aumonerie> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2017. *Centres de soutien au déploiement*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm-deploiement/ressources-membres-famille-deploiement.page#aumonerie> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2016. *Modèle du continuum de la santé mentale*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm-deploiement/modele-continuum-sante-mentale.page>
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2016. *Cycle de déploiement*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm-deploiement/index.page>
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2018. *Unité interarmées de soutien du personnel (UISP) et centres intégrés de soutien du personnel*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-soutien-soutien-aux-blesses/coordonnes.page> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2015. *Programme d'aide aux membres des Forces armées canadiennes*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-soutien-pam/programme-aide-membres.page> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2017. *Service de l'aumônerie*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm-deploiement/ressources-membres-famille-deploiement.page#aumonerie> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2016. *Formation de la transition et réintégration*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm-deploiement/formation-transition-reintegration.page> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2016. *Dépistage post-déploiement amélioré*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm-deploiement/depistage-postdeploiement-ameliore.page> (page consulté le 22 juillet 2018)

- Défense nationale et les Forces armées canadiennes. 2015. *Centres de soutien pour trauma et stress opérationnel*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-mentale/index.page#cstso> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armée canadiennes. 2015. *Centres de santé des Forces armées canadiennes*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-mentale/index.page> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armée canadiennes. 2015. *Programme psychosocial*, [En ligne] <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-mentale/index.page> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armée canadiennes. 2015. *Programme de santé mentale*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-mentale/index.page> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Défense nationale et les Forces armée canadiennes. 2017. *Système des catégories médicales – Annexe*, [En ligne]. <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-politiques-normes-medicales-occupations/fc-systeme-profil-medical.page> (page consulté le 9 août 2018)
- Défense nationale et les Forces armée canadiennes. 2017. *Universalité du service*, [en ligne]. <http://forces.gc.ca/fr/a-propos-politiques-normes-directives-ordonnances-administratives-defense-5000/5023-0.page> (page consulté le 9 août 2018)
- Delsol, C. 2009. « Nouvelles guerres justes, nouvelles guerres saintes ». *Revue Internationale de Sociologie*, Vol. 19, No. 3, novembre 2009, p.549-558.
- Denton, H. P. 2012. « De l'espace de combat à la sphère de combat ». *Revue militaire canadienne*, vol.12 no. 4, automne 2012, pp. 26-34.
- Dictionnaire et encyclopédies sur Academic. 2000-2017. *Armes de destruction massive*, [En ligne]. <http://fracademic.com/dic.nsf/frwiki/131557> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Durieux, B. 2016. *La Guerre par ceux qui la font: Stratégie et incertitude au XXIe siècle*, Monaco. Éditions du Rocher.
- Engdahl, M. R., J. D. Elhai, J. D. Richardson et B. C. Frueh. 2011. « Comparing Posttraumatic Stress Disorder's Symptom Structure Between Deployed and Nondeployed Veterans ». *Psychological Assessment*, Vol. 23, No. 1, p. 1–6.

- Fikretoglu, D., A. Brunet, S. Guay et D. Pedlar. 2007. « Mental Health Treatment Seeking by Military Members With Posttraumatic Stress Disorder: Findings on Rates, Characteristics and Predictors From a Nationally Representative Canadian Military Sample ». *The Canadian journal of psychiatry*, vol. 52, No.2, February 2017, p. 103-110.
- Fikretoglu, D. 2008. « The Impact of Operational Stress Injuries on Veterans' Families : a Review of the Existing Research. » Ottawa. Veterans Affairs Canada.
- Forcedelafamille.ca. *Force de la famille*, [En ligne]. www.forcedelafamille.ca. (page consulté le 22 juillet 2018)
- Freitag, M. 1986. « Culture, pouvoir et contrôle : les modes de reproduction formels de la société », *Dialectique et société*, tome 2, Montréal, Éditions Saint-Martin et L'Âge d'Homme, Montréal et Lausanne.
- Freitag, M. 1996. *Le naufrage de l'université et autres essais d'épistémologie politique*, Bulletin du MAUSS. Paris. La Découverte.
- Galovskia, C. T. et J. A. Lyons. 2004. « Psychological Sequelae of Combat Violence : A Review of the Impact of PTSD on the Veteran's Family and Possible Interventions », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 9, pp. 477-501.
- Gouvernement du Canada. Armée Canadienne. 2016. *Armée canadienne d'aujourd'hui, le rôle*, [En ligne]. <http://www.army-armee.forces.gc.ca/fr/a-propos/organisation.page> (consulté le 15 mai 2016)
- Guay, S. et A. Marchand. 2006. *Les troubles liés aux événements traumatiques; dépistage, évaluation et traitements*. Québec. Presses de l'Université de Montréal.
- Holsti, J. K. 1990. « L'État et l'état de guerre » Montréal, *Études internationales*, vol. 21, n° 4, p. 705-717.
- Lacourse, M.-T. 2010. *Famille et société*. 4^e édition Québec. Chenelière Éducation.
- Le Page, C. et J. Bensoussan. 2010. « Les militaires et leur famille » Paris, *Ministère de la défense république française*, juin 2010.
- LCI Corée du Nord. 2017. *Tir de missile (raté) saboté par les États-Unis ? Washington ne dément pas*, [En ligne]. <https://www.lci.fr/international/coree-du-nord-tir-de-missile-rate-sabote-par-les-etats-unis-washington-ne-dement-pas-2045201.html> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Lt col. Lazarski J. A. 2002. « Legal Implications of the Uninhabited Combat Aerial Vehicle » *Aerospace power journal*, summer 2002, Volume XVI, No. 2, pp 74-83.

- Dallaire, R. 2018. *Biographie du lieutenant général Roméo Dallaire*, [En ligne]. <http://www.romeodallaire.com/> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Mayer, R., F. Ouellet, M.-C Saint-Jacques, D. Turcotte et coll. 2000. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal : Gaétan Morin, éd.
- Mongeau, P. 2011. *Réaliser son mémoire ou sa thèse : Côté Jeans et Côté Tenue de soirée*. Québec. Presse de l'Université du Québec.
- Nationale Services bien-être & moral. *Programme des services aux familles des militaires*, [En ligne]. <https://www.connexionfac.ca/Nationale/A-PROPOS/Services-aux-familles-des-militaires/Le-Programme-des-services-aux-familles-des-militai.aspx> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Nationale Services bien-être & moral. *Énergiser les Forces*, [En ligne]. <https://www.connexionfac.ca/Nationale/Programmes-et-Services/Programme-pour-les-familles-des-veterans/Membres-des-FAC-en-voie-de-liberation-pour-des-raisons-medicales.aspx> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Nelson, C., K. St. Cyr, B. Corbett, E. Hurley, S. Gifford, J. D. Elhai et J. D. Richardson. 2011. « Predictors of Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Suicidal Ideation Among Canadian Forces Personnel in a National Canadian Military Health Survey ». *Journal of Psychiatric Research*, vol. 45, p.1483, -1488.
- Noyer, J.-M. 1990. « De la notion de guérilla à la notion de techno-guérilla - Évolution technologique et transformation des machines de guerres » Montréal, *Études internationales*, vol. 21, n° 2, p. 291-312.
- Otan. *Qu'est-ce que l'Otan*, [En ligne]. http://www.nato.int/nato-welcome/index_fr.html (Page consulté le 22 juillet 2015)
- Otan. 2012. *Une brève histoire de l'OTAN*, [En ligne]. https://www.nato.int/nato_static/assets/pdf/pdf_publications/20120430_ShortHistory_fr.pdf (page consulté le 22 juillet 2018)
- Organisation des Nations Unies. *À propos de l'ONU*, [En ligne]. <http://www.un.org/fr/aboutun/structure/> (Page consulté le 22 juillet 2015)
- Organisation mondiale de la santé. La santé mentale. 2018. *Renforcer notre action*, [En ligne]. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Paré, J.-R. 2013. « Trouble de stress post-traumatique et santé mentale du personnel militaire et des vétérans ». *Bibliothèque du Parlement*, septembre 2013, no. 2011-97-F, pp.17.

- Régimbald, K. et J.-M. Deslauriers. 2010. « Vie militaire et paternité » *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 16, n° 1, 2010, p. 182-211.
- Richardson J. I. 2001. « Le Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence » Ottawa, *Santé Canada* pp129.
- Richardson, J. D., M. E. Long, D. Pedlar et J. D. Elhai. 2008. « Posttraumatic Stress Disorder and Health-Related Quality of Life Among a Sample of Treatment and Pension-Seeking Deployed Canadian Forces Peacekeeping Veterans ». *Canadian Journal of psychiatry*, September 2008, Vol.53, No 9, p.594-600.
- Rolland-Harris, E., J. Whitehead, H. Matheson et M. A. Zamorski. 2015. « Rapport de 2015 sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes (1995-2014) » *Défense nationale*, août 2015, Numéro de document du médecin général SGR-2015-005 pp.39.
- Romanoff, R. M. 2006. « Assessing Military Veterans for Posttraumatic Stress Disorder: a Guide for Primary Care Clinicians ». *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol.18, p. 409–413.
- ASSISTO.ca. *Soutien social des blessures de stress opérationnel pour les familles des militaires et vétérans*, [En ligne]. <http://assisto.ca/ressource/soutien-social-blessures-de-stress-operationnel-familles-militaires-veterans/>
- Soutien social; blessures de stress opérationnel. 2018. *À propos de nous*, [En ligne]. <https://www.cfmws.com/fr/AboutUs/DCSM/OSISS/Pages/Background.aspx> (page consulté 22 juillet 2018)
- Statistique du Canada. 2017. *Les taux de suicide : un aperçu*, [En ligne]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm> (page consulté le 22 juillet 2018)
- Stratégie du médecin général en matière de santé mentale groupe de services de santé des Forces canadiennes. 2017. « Une évolution de l'excellence » *Défense nationale Canada*. Ottawa.
- Strehtch, H., R. 1990. « Effects of Service in Vietnam on Canadian Forces military Personnel » *Armed Forces and Society*, summer 1990, Vol.16, No. 4, p. 571-585.
- Tard, C., H. Ouellet, A. Beaudoin et P. Dumast.1997. *L'Évaluation de l'action des organismes dans le cadre du programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) Manuel d'introduction*. Centre de recherche sur les services communautaires, Québec. Faculté des sciences sociales, Université Laval.

- Trigger, B. 1991. *Les enfants d'Aataentsic : l'histoire du peuple huron*. Montréal, Libre expression.
- Westwood, J., M., H. McLean, D. Cave, W. Borgen, P. Slakov. 2010. « Coming Home: a Group-Based Approach for Assisting Military Veterans in Transition ». *The journal for specialists in group work*, March 2010, Vol. 35 No. 1, p.44–68.
- Wikipédia. 2017. *Discours de fin de mandat de Dwight D. Eisenhower*, [En ligne]. https://fr.wikipedia.org/wiki/Discours_de_fin_de_mandat_de_Dwight_D._Eisenhower (page consulté le 22 juillet 2018)
- 45e NORD.CA. 2014. *Militaires, vétérans et leurs familles: 200 millions \$ de plus pour la santé mentale*, [En ligne]. <http://www.45enord.ca/2014/11/militaires-veterans-et-leurs-familles-200-millions-de-plus-pour-la-sante-mentale/> (page consulté le 22 juillet 2018)